Rok LII. Kraków, dnia 24 maja 1913. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Dychawica oskrzelowa i gruźlica płuc.

Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego 13. I. 1913).

Napisał

Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa).

Zagadnienie o wzajemnym stosunku dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc już oddawna zwracało uwagę klinicystów, było jednak rozstrzygane w sposób niejednakowy, a nawet zupełnie sprzeczny. Początkowo choroby te budziły w umysłach lekarzy pojęcia wręcz przeciwne, tak, że o jakiejkolwiek łączności lub współistnieniu tych spraw chorobowych nie mogło być mowy. Utrwaleniu tego poglądu sprzyjała poniekąd teorya o przeciwieństwie wzajemnem gruźlicy i rozedmy płuc. Wbrew odmiennym i słusznym poglądom Laenneca, teorya ta zjednała sobie wielu zwolenników wśród wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego drugiej połowy zeszłego stulecia (Rokitansky, Frey). Rozedma płuc, która, jak wiemy, jest najczęstszem powikłaniem i następstwem dychawicy, w świetle tej teoryi stanowić miała nieprzezwyciężoną przeszkodę dla rozwoju sprawy gruźliczej. To też, gdy rozpoznanie gruźlicy równało się niemal wyrokowi śmierci, stwierdzenie rozedmy uważane było za objaw pomyślny, zabezpieczający płuca chorego od rozwoju gruźlicy.

Oczywista, że poglądy te musiały uledz zmianie pod wpływem późniejszych badań klinicznych, anatomopatologicznych i bakteryologicznych. Przekonano się wkrótce, że lasecznik gruźliczy może żyć i rozwijać się w płucu, dotkniętem rozedmą i sprawiać znaczne nieraz spustoszenia, z drugiej zaś strony stwierdzono, że sprawa gruźlicza sama przez się, bez udziału innych czynników, może być przyczyną rozedmy. Lecz, jak się to często zdarza w dziejach myśli ludzkiej, na gruzach jednego poglądu powstał inny i nie mniej krańcowy. W r. 1878 Hirtz wypowiada zdanie, że chory dotknięty rozedmą, winien zawsze budzić przypuszczenie równoczesnego istnienia gruźlicy. Hirtz nie przeczy wprawdzie, że w powstawaniu rozedmy mogą brać udział inne jeszcze czynniki, sądzi jednak, że w większości przypadków »rozedma jest tylko następstwem (fonction) gruźlicy« [1]). W nowszych czasach Béclere [2]), opierając się na licznych badaniach rentgenograficznych, przypuszcza, że t. zw. rozedma samoistna (essentialis) jest najczęściej skutkiem wyleczonej gruźlicy. Zbliżone są również poglądy Landouzygo i Claissea.

Widzimy zatem, że zamiast dawnych pojęć o bezwzględnem niemal przeciwieństwie tych chorób wyłonił się pogląd zasadniczo inny, dowodzący ścisłego ich związku. Jest on zbyt krańcowym, aby mógł utrzymać się w całej rozciągłości Atoli dowiódł niezbicie, że rozedma może współistnieć z gruźlicą. Stwierdzenie tego faktu w klinice, na podstawie badania fizycznego płuc, sprawia nieraz poważne trudności. Z powodu zmienionych właściwości tkanki płucnej i odmiennych warunków przewodnictwa dźwięku, zmiany głębsze, nieraz nawet rozległe, mogą nie zwrócić uwagi lekarza. Na zwłokach osób, dotkniętych rozedmą, znajdowano często jamy gruźlicze, które za życia nie dawały żadnych zgoła objawów. Z faktu współistnienia tych chorób wypływa jeszcze jedna okoliczność, ważna pod względem praktycznym i dla chorego korzystna, a mianowicie sprawa gruźlicza pod wpływem rozedmy traci ostry charakter i przybiera zazwyczaj postać przewlekłą, włóknistą.

Skreślony przed chwilą rozwój pojęć odbił się żywem echem w nauce o stosunku wzajemnym dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc. I tutaj dokonał się szybki i analogiczny poniekąd zwrot pojęć w duchu wręcz przeciwnym poglądom pierwotnym. Zamiast dawnego przeciwieństwa zaczęto głosić zasadę łączności i współzależności. G. Sée przytacza kilka spostrzeżeń, które dowodzą, że dychawica może być jednym z pierwszych objawów gruźlicy.

W r. 1879 Pujade podnosi, że czasami gruźlica płuc nie daje żadnych zgoła objawów, prócz charakterystycznych napadów duszności. W tym samym roku Bard zalicza dychawicę do objawów gruźlicy włóknistej [3]). Nie chcę przeciążać tego referatu przytaczaniem poglądów mniej lub więcej zbliżonych Schlemmera, Soca, Piéry i innych. Najskrajniejszym przedstawicielem tego kierunku jest Landouzy, którego zdaniem dychawica najczęściej jest skrytą postacią

---

[1]) A. Pic et S. Bonnamour. Précis des maladies des vieillards. 1912, str. 279.

[2]) Nouveau Traité de Médecine. Gilbert et Thonot. Tom XXIX. Maladies des bronches et des poumons. Le Noir. 1910. str. 804.

[3]) Cyt. podług Moncorgé »L'Asthme«. Paris 1912, str. 84.

gruźlicy. W obszernem dziele o »gruźlicy zapalnej« [4]) uważa Poncet sprawę wzajemnego stosunku dychawicy i gruźlicy płuc za przesądzoną w nauce, dzięki badaniom Landouzygo i Piery. To też mimo najszczegółowszego opisu zmian, występujących przy gruźlicy zapalnej we wszystkich tkankach i narządach ustroju, sprawie tej poświęca zaledwie kilkanaście wierszy.

Powstaje teraz pytanie, czy poglądy wymienione są słuszne i jaki jest istotny stosunek wzajemny tych chorób.

Odpowiedź na to pytanie poprzedzić musimy kilku krótkiemi uwagami o sposobie pojmowania dychawicy oskrzelowej, inaczej zwanej nerwową. Podług ogólnego mniemania jest to nerwica odruchowa, którą cechują typowe napady duszności przeważnie wydechowej, znaczne obniżenie i nieruchomość przepony, wreszcie rzężenia i świsty, zależne od nieżytu dróg oddechowych. Istota jej polega na zaburzeniu czynnościowem układu nerwowego, które pod wieloma względami przypomina typ zwykłego odruchu. Na pewne podniety obwodowe, płynące z zewnątrz lub z rozmaitych narządów ustroju, ośrodek oddechowy w opuszce odpowiada swoistym odczynem ze strony płuc. Po włóknach ruchowych i wydzielniczych nerwu błędnego i współczulnego spływa podnieta z opuszki do płuc, wywołuje kurcz mięśni oskrzelowych i wzmożone wydzielanie błony śluzowej oskrzeli, które stanowią ostateczną przyczynę napadu. Żeby jednak jakaś drobna podnieta mogła wywołać tak złożone zjawisko odruchowe, potrzeba szczególnych warunków. Układ nerwowy, a właściwie będący w mowie łuk odruchowy, musi być nadmiernie wrażliwym i czułym. Ta wrażliwość łuku odruchowego jest najczęściej skutkiem ogólnie wzmożonej pobudliwości całego układu nerwowego na tle wrodzonego lub nabytego usposobienia do chorób nerwowych. Może ona być również następstwem skazy dnawej, która w poglądach wielu lekarzy francuskich gra rolę wyłączną i wyczerpuje całą niemal etyologię dychawicy. W patologii niemieckiej wyraz »artrytyzm« nie cieszy się zbyt wielką sympatyą Jako tło, sprzyjające powstawaniu dychawicy, chętniej przytaczaną bywa przez Niemców t. zw. skaza wysiękowa (diathesis exsudativa — Pfaundler-Czerny).

W pośród wielu teoryi podałem ogólny zarys tej, która wydaje mi się stosunkowo najprostszą i najlepiej odpowiadającą potrzebom i celom klinicznym [5]). Nie przeczę, że teorya ta posiada pewne braki i nie przedstawia skończonej całości. Między innymi pozostaje niewyjaśnionym fakt szczególnego powinowactwa pewnych bodźców i podrażnień do łuku odruchowego z ośrodkiem oddechowym na czele. Nie rozumiemy, dlaczego napad dychawicy wywołuje w jednym przypadku zapach pewnego kwiatu lub wzruszenie psychiczne, w drugim — zaburzenie żołądka, w trzecim wreszcie — cierpienie jajnika. Jednakowoż, mimo pewne braki, teorya ta, przy dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej, daje najwięcej chyba zbliżone do prawdy pojęcie o mechanizmie samego napadu i prócz tego zaprowadza pewien ład i porządek w tłomaczeniu faktów klinicznych. Już oddawna podejrzywano, że dychawica oskrzelowa nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest pojęciem klinicznem, obejmującem typowy zespół objawów, spostrzeganych w najrozmaitszych stanach chorobowych. To też wszelkie próby klasyfikacyi spotykały duże trudności, miały charakter sztuczny i nie obejmowały całości zjawisk spostrzeganych.

Lekarzowi sprawiało trudność umieszczenie poszczególnego przypadku w odpowiedniej rubryce klasyfikacyjnej, odniesienie go do dychawicy samoistnej, objawowej, rzekomej, »dyspeptycznej«, nerkowej i t. d. Dzisiaj utrwala się mniemanie, że dychawica jest objawem, który może towarzyszyć rozmaitym stanom chorobowym, że te stany chorobowe mogą nawet grać rolę podniet, które dzięki szczególnie wzmożonej pobudliwości układu nerwowego wywołują odruchowo napad. O rozpoznaniu rozstrzyga zatem nie etyologia, lecz jedynie charakter i przebieg samego napadu. To też, czy będzie chodzić o osobnika zupełnie zdrowego, czy dotkniętego gruźlicą płuc, organicznem lub czynnościowem zaburzeniem jakiegobądź narządu, jeżeli równocześnie stwierdzimy charakterystyczny zespół objawów, opisanych wyżej, mamy prawo rozpoznawać dychawicę prawdziwą. Przypuszczając z góry wzmożoną pobudliwość ośrodka oddechowego, musimy w każdym poszczególnym przypadku rozważyć krytycznie charakter cierpienia podstawowego ze stanowiska podniety, zdolnej do wywołania odruchu w postaci napadu.

Niektórzy autorzy, chcąc wyjaśnić bliżej powstawanie nadczułości układu nerwowego, posuwają się w swych uogólnieniach jeszcze o krok dalej. Zgodnie z przewagą prądów humoralnych w patologii współczesnej, pojęcie skazy dnawej podprowadzają oni pod pojęcie ogólniejsze samozatrucia lub zatrucia ustroju. Moncorgé n. p. w swojej monografii o »astmie«, wydanej w roku zeszłym, dowodzi, że nietylko zatrucia i samozatrucia, ale nawet zakażenia ustroju, wzmagając pobudliwość układu nerwowego, są ostateczną przyczyną dychawicy. Mówiąc słowami Moncorgégo, »każde zatrucie, każde zakażenie i samozatrucie może wywołać dychawicę bezpośrednio lub za pośrednictwem jednego lub kilku narządów. I odwrotnie, każdy narząd lub układ narządów, niezależnie od rodzaju zatrucia i zakażenia, w drodze zaburzenia anatomicznego lub czynnościowego, może stać się przyczyną dychawicy«. Dla zobrazowania tych stosunków Moncorgé kreśli następujący schemat:

Zakażenia i zatrucia | Nadczułość ogólna | Nadczułość opuszki | Dychawica

Takie ujęcie sprawy jest najszerszem uogólnieniem, na jakie zdobyć się może medycyna współczesna. Z góry przypuszczać można, że hypoteza o tak szerokim pokroju, zwłaszcza wobec małej znajomości spraw biochemicznych, nie da się całkowicie uzasadnić i obronić. Posiłkowanie się pojęciami ogólnemi, które nie mają dostatecznego oparcia i uzasadnienia w faktach, jest często grą słów, pozbawionych treści. To też chcąc zużytkować pogląd ten w praktyce codziennej, spotkamy duże trudności.

W poszczególnych przypadkach dychawicy nie będziemy mogli ani określić rodzaju owych ciał trujących,

---

[4]) Pod nazwą tą Poncet pojmuje tę postać gruźlicy, w której toksyny, osłabione w swem działaniu, wywołują w tkankach tylko zwykły odczyn zapalny. Zmiany anatomiczne nie mają wówczas cech właściwych sprawie gruźliczej, brak gruzełków, komórek olbrzymich i t. d. — A. Poncet i R. Leriche. La tuberculose inflammatoire. Bibliothèque de la Tuberculose. Paris 1912, str. 403.

[5]) Bliższe uzasadnienie tej teoryi znaleźć można w obszernej monografii Wolfganga Siegla p. t. »Das Asthma«. Jena 1912, str. 34.

ani wykryć ich w sokach i tkankach ustroju. Trzebaby albo naginać fakty do z góry powziętych teoryi i snuć nowe domysły, albo też zrzec się wszelkiego ich tłomaczenia. Powtóre, obserwacya codzienna uczy, że całe mnóstwo zakażeń, spostrzeganych niemal na każdym kroku, nie wywołuje swoistej nadczułości ośrodka oddechowego. Nawet ciała chemiczne trujące, wprowadzone do ustroju zzewnątrz, zachowują się pod tym względem obojętnie. Wśród różnorodnych objawów zatrucia ostrego, kończącego się śmiercią, i przewlekłego, chyba wyjątkowo spotkać możemy obraz dychawicy.

Zamiast więc snuć wnioski z powziętych z góry założeń, zamiast twierdzić, że »gruźlica, jako zakażenie ma prawo do astmy (la tuberculose, étant une infection, a droit à son asthme«), lepiej zwrócić się do faktów, spostrzeganych w praktyce codziennej, i w tłómaczeniu ich nie wybiegać poza ramy teoryi ustalonych lub mających najwięcej pozorów słuszności. Zaczniemy od wpływu dziedziczności.

Już Trousseau zauważył, że z rodziców, dotkniętych gruźlicą, rodzą się często ludzie dychawiczni i naodwrót ludzie, dotknięci dychawicą, mogą wydawać na świat potomstwo gruźlicze. Berkart[6]) na 180 przypadków dychawicy stwierdził wpływ obciążenia dziedzicznego gruźlicą aż w 80%. Żałuję bardzo, że nie mogę podać ściślej liczby własnych w tym kierunku spostrzeżeń. W ciągu 16-letniej praktyki w Częstochowie spostrzegałem przeszło 40 przypadków dychawicy oskrzelowej. O ile sobie przypominam, obciążenie dziedziczne gruźlicą mogłem stwierdzić najwyżej w 8 przypadkach, co stanowi mniej więcej 20%. Zaliczam tutaj 2 przypadki dychawicy u dzieci, z których w jednym — matka, w drugim ojciec dotknięci byli postacią włóknistą gruźlicy o przebiegu nadzwyczaj łagodnym.

W pierwszym przypadku chłopiec czteroletni, po dwukrotnem przebyciu zapalenia płuc i częstych nieżytach oskrzeli, którym zwykle towarzyszyła gorączka i bardzo silny kaszel o charakterze krztuścowym, dostaje nagle gwałtownej duszności, przypominającej typowy obraz dychawicy. Napad trwał około 2 dni, poczem ustąpił miejsca zwykłemu nieżytowi oskrzeli z charakterystycznym kaszlem.

Podawanie jodku potasu nie sprawiało żadnej ulgi. Zespół objawów w danym razie świadczył o powiększeniu gruczołów tchawicznooskrzelowych, które prócz tego można było doskonale wykryć zapomocą osłuchiwania kręgosłupa (objaw Espinea). Napad dychawicy powtórzył się jeszcze dwa razy.

Przy ostatniem badaniu, po 3 latach trwania choroby zauważyłem wyraźny naciek prawego szczytu.

W drugim przypadku, po gwałtownym napadzie dychawicy u dziewczynki 5-letniej, uważanej dotychczas za względnie zdrową, rozwinął się obraz, właściwy cierpieniu gruczołów tchawicznooskrzelowych. Powiększenie ich stwierdzono również prześwietlaniem promieniami Röntgena. Z biegiem czasu, być może pod wpływem stałego leczenia klimatycznego, natężenie napadów trochę się zmniejszyło, występują one jednak do dziś dnia co kilka miesięcy i stanowią zawsze wstęp do nieżytu oskrzeli, przebiegającego ze znacznem wzniesieniem ciepłoty (39°).

W obydwóch przypadkach cierpienie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych jest ogniwem, łączącem gruźlicę rodziców z dychawicą dzieci. Mimowoli rodzi się pytanie, czy cierpienie to nie gra najważniejszej roli w powstawaniu dychawicy dziecięcej. Osobiste doświadczenie nie pozwala mi odpowiedzieć tak lub nie. Wielu pedyatrów odrzuca zupełnie wpływ obciążenia dziedzicznego gruźlicą i w dychawicy dziecięcej upatruje wyłączne następstwo skazy dnawej rodziców. Audeoud[7]) np. podkreśla różnicę między dychawicą samoistną, powstającą najczęściej na tle usposobienia »artrytycznego« i »astmą gruczołową«, zależną od ucisku na sploty nerwowe płucne powiększonych gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

W pozostałych 6 przypadkach wyraźny wpływ dziedziczności zauważyłem u dwóch chorych.

Pierwszy przypadek dotyczy 22-letniej panny, która od 13. roku życia miewa okresowo bardzo ciężkie napady dychawicy oskrzelowej. Ojciec ma lat 60, kaszle od lat kilkudziesięciu, mizerny, chudy, systematycznie nie leczył się nigdy. Matka zmarła z powodu ogólnego wycieńczenia na tle choroby Parkinsona. Starszy brat i siostra leczą się rok rocznie w Reinertz z powodu włóknistej postaci suchot płucnych. W przeszłym roku młodsza siostra zachorowała również na gruźlicę. W przypadku tym zasługuje na uwagę nietylko fakt współistnienia gruźlicy z dychawicą wśród członków jednego rodzeństwa, ale prócz tego równoczesne istnienie gruźlicy u ojca i ciężkiej choroby nerwowej u matki.

W drugim przypadku młody człowiek, lat 25, cierpiący na napady dychawicy od kilku miesięcy, traci matkę na ostrą gruźlicę prosówkową.

W pozostałych przypadkach wiadomość o gruźlicy rodziców pochodzi wyłącznie od chorych, i dlatego nie uważam jej za bezwzględnie pewną.

Zasługuje poniekąd na wiarę przypadek, w którym dwie siostry, osoby zupełnie inteligentne, mówią wyraźnie o swem pochodzeniu z rodziny gruźliczej. Jedna z nich od lat kilkunastu miewa typowe napady dychawicy, druga ma silną rozedmę płuc, powikłaną gruźlicą.

Odwrotnego stosunku dziedzicznego nie miałem sposobności spostrzegać. U osobników pochodzących z rodzin, dotkniętych dychawicą, nie zauważyłem szczególniejszego usposobienia do gruźlicy płuc. Widzimy zatem, że wpływ dziedziczności nie przemawia bynajmniej na korzyść bliższego związku tych spraw chorobowych. Wobec szerokiego rozpowszechnienia gruźlicy, związek, stwierdzony w kilku zaledwie spostrzeżeniach, może być nawet przypadkowym. Z faktów przytoczonych można wysnuć jedynie ten wniosek, że powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u dzieci, obciążonych dziedzicznie, może, w wyjątkowych razach, sprzyjać powstawaniu dychawicy oskrzelowej.

Przechodząc do wzajemnych stosunków tych chorób w życiu osobniczem, na wstępie podkreślić musimy fakt, który uderza w oczy mimowoli, ilekroć obserwujemy przez czas dłuższy ludzi, dotkniętych dychawicą. Większość tych chorych w okresach wolnych od napadów cieszy się zupełnem zdrowiem, wygląda doskonale i nie budzi najmniejszego podejrzenia co do istnienia jakiejkolwiek choroby. Utarło się nawet mniemanie, że ludzie ci najczęściej dosięgają późnej starości. Mam w obserwacyi już od lat 10 kilku »astmatyków«, u których, przy najskrupulatniejszem bada-

[6]) Cyt. przez Siegla, str. 62.

[7]) Audeoud: L'Astme. La pratique des maladies des enfants Vol. V. 1911 str. 682.

niu, nie mogę wykryć w płucach nic podejrzanego, i którzy poza napadami uważają się za zupełnie zdrowych. W dwóch przypadkach po kilku napadach dychawicy nastąpiła tak długa przerwa, że można spodziewać się zupełnego wygaśnięcia choroby. W innych przypadkach, w mojem doświadczeniu stosunkowo nielicznych, częste nawroty choroby wywołują upadek odżywiania, czynnościowe zaburzenia układu nerwowego, wreszcie wskutek rozedmy i stałych nieżytów oskrzeli upośledzają czynność serca. Ale i w tych razach najczęściej trudno wykryć powikłanie gruźlicą. Mówię »najczęściej« ze względu na możliwe wyjątki, do których wrócimy niebawem. Tymczasem jednak można zarzucić, że korzystałem z niepewnych metod rozpoznawczych, że brak laseczników w plwocinie nie jest bezwzględnie rozstrzygającym, że badanie fizyczne płuc, wobec współistniejącej rozedmy, może nie wykryć drobnych zmian gruźliczych. W piśmiennictwie lekarskiem francuskiem nie brak jednak spostrzeżeń, w których prześwietlanie płuc promieniami Röntgena, stosowanie odczynów tuberkulinowych, nawet szczepienie wydzielin świnkom morskim, pozwalało napewno wyłączyć gruźlicę (Moncorgé). Potwierdzają to również wyniki badań pośmiertnych, dokonanych zresztą w kilku zaledwie przypadkach (Bamberger, Fraentzel, Leyden, Berkart, Fraenkel, Jezierski [8]). W płucach ludzi, zmarłych w napadzie dychawicy lub wkrótce potem, znajdowano nieżyt złuszczający błony śluzowej i ani śladu gruzełków.

Zresztą, zgadzając się najzupełniej, że kliniczne metody badania są niewystarczające i niepewne, nie można odmówić wszelkiej wartości długoletniej obserwacyi chorych. Jednorazowe, przypadkowe badanie chorego może narazić lekarza na błąd rozpoznawczy, atoli przy dłuższem trwaniu choroby zawsze zwrócą jego uwagę pewne objawy kliniczne, lub drobne zmiany w płucach, świadczące o rozwoju gruźlicy. Tymczasem wielu sumiennych i doświadczonych klinicystów, pomimo długoletniej ścisłej obserwacyi chorych, dotkniętych dychawicą, nie znajdowało w płucach ani śladu sprawy gruźliczej. Biegański, zapytywany w tej sprawie, upoważnił mnie do oświadczenia, że w ciągu 30-letniej praktyki w Częstochowie spostrzegał wiele przypadków dychawicy oskrzelowej, ani razu jednak nie widział powikłania gruźlicą. Brügelmann [9]) nie wierzy nawet w możliwość takiego połączenia chorób.

Zestawienie tych faktów dowodzi, że wbrew zapatrywaniom wielu autorów francuzkich, dychawica nie może być uważana tylko za skrytą postać gruźlicy płuc, że w olbrzymiej większości przypadków gruźlica nie gra żadnej roli etyologicznej, że przyczyn dychawicy trzeba najczęściej szukać w działaniu innych czynników chorobotwórczych. Ale jak to zwykle bywa, zwłaszcza w dziedzinie zjawisk biologicznych, niema prawidła bez wyjątku. Zdanie Brügelmanna jest niemniej krańcowe od zdania Landouzy, który utrzymuje, że u większości astmatyków po 15—20 latach istnienia choroby można zawsze wykryć wyraźne ślady gruźlicy płuc. Prawda zdaje się leżeć w pośrodku. Nie ulega wątpliwości, że w przypadkach stosunkowo rzadkich gruźlica płuc może wystąpić, jako powikłanie dychawicy oskrzelowej. Częste przekrwienia płuc, stałe nieżyty oskrzeli, mogłyby, zdaniem Fraenkla, sprzyjać osiedlaniu się w płucach laseczników gruźliczych. Obecność rozedmy nie stanowi zasadniczej przeszkody. W r. 1892 Jacobsohn ogłosił przypadek, w którym najpierw wystąpiła dychawica oskrzelowa, a w rok później gruźlica. Napady pierwszej trwały w dalszym ciągu bez zmiany. Podobny przypadek opisał Dünges (Siegel). Sokołowski [10]) spostrzegał 40-kilkoletnią kobietę, która od lat wielu chorowała na powtarzające się od czasu do czasu napady dychawicy oskrzelowej. Ostatecznie chora ta zapadła na gruźlicę, która rozwinęła się powoli, miała charakter przewlekły i nie wywarła żadnego wpływu na przebieg dychawicy. Sokołowski podkreśla fakt rzadkiego współistnienia tych chorób i sądzi, że częste wykrywanie gruźlicy u astmatyków jest wynikiem błędów rozpoznawczych. Napady duszności, właściwe rozedmowej postaci suchot płucnych, brane są mylnie za napady dychawicy oskrzelowej, powikłanej gruźlicą. Uwaga ta jest najzupełniej słuszną i tyczyć się może wielu spostrzeżeń autorów francuzkich.

Oprócz podanych wyżej dwóch przypadków połączenia dychawicy z gruźlicą u dzieci, z własnej obserwacyi przytoczyć mogę jeszcze dwa u ludzi dorosłych. Wspominałem już o nich, rozważając wpływ dziedziczności.

Panna, mająca obecnie 22 lata, której ojciec, brat i dwie siostry są dotknięci gruźlicą, matka zaś zmarła na tle wyczerpania ogólnego wskutek choroby Parkinsona, zapadła na dychawicę oskrzelową w 13 roku życia. Napady początkowe były nadzwyczaj silne, powtarzały się kilka razy do roku i trwały zawsze po kilka dni z rzędu. Chorą tę miałem sposobność widzieć po raz pierwszy podczas jednego z napadów dopiero w roku zeszłym. Stan chorej był rozpaczliwy z powodu niezwykłej duszności. Jodek potasu nie przynosił najmniejszej ulgi, tylko morfina w połączeniu z atropiną łagodziła cierpienie. Przy dokładnem badaniu płuc w kilka dni po napadzie mogłem stwierdzić jedynie rozedmę z mnóstwem świstów i furczeń. Po pewnym czasie nietrudno było zauważyć dość wyraźne stłumienie nad prawym szczytem, wdech znacznie osłabiony, wydech długi, szorstki, ślady trzeszczenia. Objawy te utrzymują się stale od kilku tygodni. Chora pokaszluje, w plwocinie niema laseczników. Stały pobyt w środowisku gruźliczem, obciążenie dziedziczne po ojcu, usposobienie nerwowe po matce, mogą łatwo tłomaczyć współistnienie tych chorób, Na tle istniejącej od 8 lat dychawicy rozwija się powoli i skrycie gruźlica, która nie daje wyraźniejszych objawów klinicznych i nie wywiera żadnego widocznego wpływu na natężenie i częstość napadów dychawicy

W drugim przypadku spostrzegałem współistnienie gruźlicy przewlekłej włóknistej z t. zw. »astmą nosową«, której ścisłe pokrewieństwo z dychawicą nie budzi żadnej wątpliwości. Różnica polega na tem, że środek oddechowy zamiast odczynu ze strony oskrzeli, wywołuje podobny pod względem mechanizmu odczyn ze strony nosa, a nawet gardła i krtani. 35-letnia mężatka, z rodziny gruźliczej, z dosyć rozległem stwardnieniem prawego szczytu, po przebyciu leczenia klimatycznego w Zakopanem czuje się dobrze. W lecie 1909 r., powróciwszy z wycieczki, budzi się nagle ze snu z uczuciem silnej duszności. Nos zapchany w całem tego słowa znaczeniu, nie przepuszcza powietrza. W gardle i krtani uczucie zwężenia, ściskania, zmuszające chorą do bardzo głębokich wdechów. Kaszel suchy, męczący, bezgłos. W ciągu 4—5 godzin o leżeniu nie może

---

[8]) Siegel. op. cit. Str. 84—89.

[9]) Brügelmann. Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. 5 Aufl. Wiesbaden 1910.

[10]) Dr Alfred Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Choroby tchawicy i oskrzeli. T. I. str. 289.

być mowy. Nad ranem wydziela się z nosa i gardła olbrzymia ilość śluzu wodnistego, który wkrótce staje się ropiastym. Chora doznaje znacznej ulgi. Nazajutrz ciepłota podnosi się do 37.7° i rozwija się obraz nieżytu tchawicy i górnego odcinka oskrzeli. W ciągu następnych dwóch lat wystąpiły jeszcze 2 podobne napady. W danym przypadku usposobienie artrytyczne sprzyjało zapewne współistnieniu astmy nosowej z gruźlicą. Osoba ta miewa migrenę, często ból lędźwiowy, bóle stawowe, dawniej chorowała ona na kamicę żółciową i rumień.

W trzecim przypadku mężczyzna 25-letni, z zawodu introligator, od 6 miesięcy cierpi na typowe i częste napady dychawicy. Poprzednio uważał się za zdrowego, był wprawdzie szczupły, blady, łatwo się zaziębiał, ale nie leczył się nigdy. W latach dziecinnych chorował na odrę. Matka zmarła na suchoty. Po pierwszych napadach dychawicy miał przez kilka tygodni niewielką gorączkę, stały kaszel i bardzo zeszczuplał. Pod wpływem leczenia stan ogólny poprawił się znacznie, i dopiero ponowny wybuch dychawicy zmusił chorego do szukania porady lekarskiej. Po przejściu dychawicy chory ten zgłosił się do mnie z powodu gorączki i trwającego od 3 dni krwioplucia. Przy badaniu stwierdziłem wyraźne zapadnięcie prawego szczytu, oddech nieokreślony, drobne rzężenia, ciepłotę 37.7°. Po upływie kilku dni w plwocinie stwierdzono małą ilość laseczników Kocha. Rozpoznanie dychawicy, powikłanej gruźlicą, nie ulegało żadnej wątpliwości. Czy napady jej były związane przyczynowo z chorobą podstawową, czy też przypadkowe, niezależne, nie chcę na razie przesądzać.

Przypadek ten w terminologii francuskiej nosiłby napewno miano »l'asthme prétuberculeux« (Reboul), co oznacza, że napady dychawicy stanowią czasami przygrywkę do rozpoczynającej się gruźlicy i wyprzedzają, nieraz na długo, znaną ogólnie seryę objawów klinicznych. Nazwa ta nie wydaje mi się zbyt szczęśliwą. W takich razach, zapewne, mamy do czynienia z przewlekłą, rozwijającą się powoli i skrycie postacią suchot płucnych, do których poźniej przyłącza się dychawica oskrzelowa. Zaostrzenie się, pod jej wpływem, sprawy gruźliczej, jak to było niewątpliwie w naszym przypadku, tłomaczyć można z jednej strony upośledzoną czynnością płuc, z drugiej zaś — szkodliwem oddziaływaniem dychawicy na stan ogólny chorego. Rozniecą ona iskrę, tlącą oddawna w ustroju. Przypadek ten zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że dotyka interesującego nas zagadnienia z odwrotnej, że tak powiem, strony. Zachodzi pytanie, czy dychawica może występować w przebiegu rozwiniętych suchot płucnych i być uważana za jej objaw na równi z gorączką, krwiopluciem, wychudzeniem i t. p.

Chcąc dowieść współistnienia tych chorób, musimy teraz użyć taktyki odwrotnej. Zamiast doszukiwać się śladów gruźlicy u ludzi, dotkniętych dychawicą, co zawsze nastręczać może pewne wątpliwości, trzeba się zwrócić do olbrzymiego zastępu suchotników, spostrzeganych na każdym niemal kroku i zapisywać skrzętnie każdy fakt powikłania dychawicą oskrzelową. Nietylko autorzy francuzcy, lecz i niemieccy, jak np. Siegel, Brügelmann, uważają takie połączenie chorób za rzecz dowiedzioną, jakkolwiek rzadko spostrzeganą. Osobiście na tysiąc z górą suchotników, spostrzeganych w ciągu lat 15, widziałem tylko jeden przypadek, opisany przed chwilą. W drugim przypadku gruźlica była powikłana dychawicą nosową.

Zdawało mi się, że w wielkich skupieniach gruźliczych, jakiemi są sanatorya, będę mógł znaleźć lepsze rozstrzygnięcie sprawy. W tej myśli zwróciłem się do Dra Dłuskiego w Zakopanem i Dra Gałeckiego w Rudce z prośbą o nadesłanie mi wiadomości, jakie są wyniki ich własnych w tym względzie spostrzeżeń. Czuję się w obowiązku wyrazić tu Drowi Dłuskiemu i Gałeckiemu szczere podziękowanie za spełnienie mojej prośby i za możność skorzystania z nadesłanych informacyi w druku. Otoż na 2450 chorych, leczonych w zakładzie w Zakopanem, Dr Dłuski spostrzegał tylko jeden przypadek gruźlicy, powikłanej dychawicą oskrzelową. Żona lekarza, z dużym naciekiem jednego płuca, miewała częste napady dychawicy. Sprawa w płucu postępowała naprzód i chora zmarła w kilka miesięcy po wyjeździe z zakładu. W okresie praktyki, poprzedzającej objęcie obowiązków kierownika Zakładu w Zakopanem, Dr Dłuski widział jeszcze dwa przypadki połączenia gruźlicy z dychawicą. Wogóle bliższego związku między temi sprawami Dr Dłuski nie spostrzegał. Nie zauważył również, aby dychawica miała jaki wyraźny wpływ na przebieg gruźlicy. »Uderzała go zawsze niesłychana rzadkość dychawicy oskrzelowej wśród pacyentów Zakładu«.

Dr Gałecki na 863 chorych, leczonych do dnia 1. stycznia r. b. w Sanatoryum w Rudce, tylko u dwóch spostrzegał dychawicę oskrzelową.

Mężczyzna 25-letni, z rodziny gruźliczej, cierpi na dychawicę od lat 10. Na tydzień przed przybyciem do Rudki miał napad, trwający 4 dni z rzędu. Przez cały czas pobytu w zakładzie napad dychawicy nie powtórzył się ani razu. Przy badaniu stwierdzono stłumienie w szczycie prawym, zmiany w oddechu, od czasu do czasu nieco rzężeń drobnobańkowych w okolicy wnęki płucnej. W drugim przypadku napady dychawicy wystąpiły u mężczyzny 20-letniego, dotychczas zdrowego, nie obciążonego dziedzicznie, po przebyciu ciężkiej choroby płuc, która trwała około 3 miesięcy. W prawym płacie górnym stwierdzono przy badaniu objawy przebytej sprawy gruźliczej, niezbyt zresztą wyraźne. W obydwóch przypadkach nie znaleziono laseczników w plwocinie. Wobec małych zmian fizycznych ze strony płuc, Dr Gałecki sądzi, że sprawa gruźlicza znajduje się dopiero w okresie początkowym. Współzależności między dychawicą i gruźlicą dopatrzyć się nie mógł.

Jednocześnie z odpowiedzią Dra Dłuskiego i Gałeckiego wpadł mi w ręce grudniowy zeszyt czasopisma, poświęconego leczeniu gruźlicy, wydawanego w Leysin [11]). Reynier w artykule p. t. »Dychawica i gruźlica« podaje, że na 3018 chorych, leczonych w Leysin, spostrzegano 18 przypadków połączenia tych chorób. U większości chorych dychawica była jednym z pierwszych objawów gruźlicy, a tylko w 3 przypadkach wystąpiła w późniejszych okresach choroby. Niejednokrotnie zaraz po ukazaniu się dychawicy można było znaleźć laseczniki w plwocinie, czasami dopiero po roku lub kilku latach badanie płuc i plwociny wykrywało gruźlicę.

Autor podkreśla nawet bliższy związek, jaki zachodzi między rozwojem sprawy gruźliczej i przebiegiem dychawicy. Każde zaostrzenie, każdy nawrót pierwszej odbija się na natężeniu i częstości napadów. Odwrotnie, napady dychawicy same przez się nie wywołują gorączki, krwioplucia. Ostatecznie, poniekąd w myśl poglądów Landouzygo, twierdzi Reynier kategorycznie, że każdy osobnik

---

[11]) Wiestnik po terapii tuberkuloza Nr 17, r. 1912.

w wieku dorosłym, dotknięty dychawicą »nieobjawową«, ma również gruźlicę, że jest ona związana z chorobą podstawową tak ściśle, jak n. p. gorączka, krwioplucie.

Nie mamy prawa powątpiewać o ścisłości spostrzeżeń Reyniera. Jednakowoż co do jednego z 5 podanych przez niego spostrzeżeń nasuwa się mimowoli wątpliwość, czy rzekoma dychawica nie była raczej dusznością, właściwą rozedmowej postaci gruźlicy. Zresztą, mała względnie liczba przypadków gruźlicy, powikłanej dychawicą, wynosząca zaledwie 0,6%, nie upoważnia jeszcze do utożsamiania dychawicy z innymi objawami gruźlicy.

Moncorgé, powściągliwszy i daleki od przypisywania gruźlicy wyłącznej roli etyologicznej w powstawaniu dychawicy oskrzelowej, przyznaje, że dychawica oskrzelowa zdarzać się może we wszystkich postaciach klinicznych suchot. Najrzadszą jest w postaci serowatej, która wywołuje zupełne zniszczenie pierwiastków nerwowych w tkance płucnej. Rzadką jest również w naciekach rozlanych (massive), które wywołują ucisk i porażenie zakończeń nerwowych, co najwyżej zdarzyć się mogą przelotnie w początkach zachorowania. Częściej można ją spostrzegać w postaciach suchot włóknistych, a najczęściej w postaci opłucnej w suchem zapaleniu opłucnej. Zakończenia nerwowe, gęsto rozgałęzione na powierzchni opłucnej, pod wpływem zapalenia wywołują najsilniejsze podrażnienie nerwu błędnego. Płuca pod tym względem nie różnią się wcale od innych narządów ustroju. »Zmiany drobne, powierzchowne, przez swój wpływ drażniący łatwiej wywołują zjawiska odruchowe, aniżeli zmiany głębokie, ciężkie, które zmniejszają przewodnictwo włókien nerwowych wskutek zniszczenia ich pierwiastków anatomicznych«.

Wreszcie dychawica wystąpić może już po wygaśnięciu sprawy gruźliczej pod wpływem drażniącego wpływu pozostałej blizny (l'asthme posttuberculeux). Wbrew zapatrywaniu Reyniera, Moncorgé sądzi, że rokowanie w gruźlicy, powikłanej dychawicą, jest względnie pomyślne, już ze względu na sam rodzaj i charakter sprawy podstawowej (postać włóknista).

Poglądy Moncorgégo są tylko złagodzonym wyrazem opinii większości współczesnych lekarzy francuzkich. Niestety i w tej nawet formie poglądy te trudno pogodzić z wynikami obserwacyi Dra Dłuskiego, Gałeckiego, Sokołowskiego, Biegańskiego, i wreszcie moich. Być może, że niezgodność tę położyć trzeba na karb szczególniejszego usposobienia Francuzów do dychawicy oskrzelowej, zależnego od rozpowszechnionej wśród nich skazy dnawej. Trudno bowiem przypuścić, żeby w tym razie mogła grać rolę przypadkowość samego zjawiska. Sokołowski w r. 1901 zauważył, że połączenie gruźlicy z artrytyzmem może sprzyjać powstawaniu dychawicy oskrzelowej [12]).

Wracając do naszych spostrzeżeń i zestawiając z jednej strony szerokie rozpowszechnienie gruźlicy, z drugiej zaś wielką rzadkość powikłania jej dychawicą, drogą prostej logiki zwątpić musimy o bliższym związku tych spraw chorobowych. A już pod żadnym pozorem nie możemy się zgodzić, żeby dychawica pod względem genetycznym była objawem równoznacznym z gorączką, krwiopluciem, wychudzeniem, jak sądzi n. p. Reynier.

Nie przeczę, że gruźlica, dzięki toksynom, krążącym we krwi, może wzmagać pobudliwość układu nerwowego. Wiemy doskonale, że ludzie, dotknięci gruźlicą, podlegają najrozmaitszym zboczeniom czynnościowym układu nerwowego, zboczeniom, w znacznej części zależnym od działania toksyn. Chełmoński dowodzi, że »u wszystkich niemal suchotników stwierdzić można objawy neurastenii, histeryi lub histeroneurastenii« [13]). Lecz to nie wystarcza. Żeby zostać astmatykiem, neurastenik musi mieć jeszcze ośrodek oddechowy pobudliwszy od innych ośrodków, regulujących czynności naszego ustroju.

W wyjątkowych razach, przy usposobieniu artrytycznem, toksyny gruźlicze przypuszczalnie mogą wywrzeć ten skutek, a wówczas sprawa gruźlicza miejscowa miałaby już utorowaną drogę dla wywołania odruchu. Czasami tym bodźcem obwodowym mogłoby być powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych i ucisk na gałązki nerwu błędnego. Czynnik ten mógłby posiadać ważne znaczenie w powstawaniu dychawicy nietylko u dzieci, ale również u ludzi dorosłych. Chełmoński w r. 1911 ogłosił 13 przypadków dychawicy oskrzelowej u ludzi różnego wieku, w których dokonano zdjęć rentgenograficznych gruczołów okołooskrzelowych [14]). We wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej wybitne powiększenie tych gruczołów; były one miękkie lub przeistoczone włóknisto, bez śladu rozpadu tkanki gruczołowej. Chełmoński w powiększeniu tem upatruje wyraz zmienionego wydzielania wewnętrznego wskutek nieznanych bliżej zmian w odpowiednich gruczołach, w przysadce mózgowej, nadnerczach, gruczole tarczowym.

O wiele łatwiej tłomaczy się powiększenie gruczołów tchawicznooskrzelowych u ludzi, dotkniętych gruźlicą. W przyszłości należałoby stwierdzić, jak często cierpienie to towarzyszy połączeniu gruźlicy i astmy [15]). Powtóre źródłem podrażnienia nerwu błędnego, prócz powiększenia gruczołów, mogłaby być sprawa gruźlicza w samem płucu. Suche zapalenie opłucnej, drobne ogniska, najczęściej zwyrodniałe włóknisto, mogą wywoływać podrażnienie najdrobniejszych rozgałęzień nerwowych, które kończą się w ściankach kanalików powietrznych i naczyń krwionośnych. Przypuszczaćby można, że podrażnieniu temu towarzyszy nietylko zaburzenie czynnościowe, ale również zmiana anatomiczna w postaci zapalenia włókienek nerwowych (neuritis). Nawet rozszerzenie naczyń krwionośnych wskutek bezpośredniego wpływu toksyn uważane było przez niektórych autorów jako źródło podrażnienia włókienek nerwowych, które oplatają naczynia i kończą się w ich ścianach. Przypuszczeń nie brak. Niestety, przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej nie możemy ich uzasadnić lub dowieść.

[12]) Sokołowski. Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u suchotników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem. Gazeta lekarska r. 1901, Nr 46, str. 1204.

[13]) Chełmoński. Stan układu nerwowego u suchotników i jego wpływ na przebieg gruźlicy. Gaz. lek., r. 1901, str. 588.

[14]) Chełmoński. Przyczynek do patogenezy astmy oskrzelowej. Gazeta lekarska r. 1911, Nr 28, str. 770.

[15]) W nowszych czasach Friedr. Müller zwrócił uwagę, że u ludzi, dotkniętych dychawicą, wnęki płuc w obrazach rentgenograficznych są nadzwyczaj silnie zacienione. Cyt. podług: Ed. Stadler. Die Behandlung des Asthma bronchiale. Medizinische Klinik, 1913, Nr 4, str. 126.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Dokończenie.)

B. Dur mandżurski.

Znajomość powyższego cierpienia zawdzięczamy pracom lekarzy rosyjskich i japońskich, czynnych na terenie wojny. Wyczerpujące opisy i badania podali: Botkin, Korenczewskij, Czausow, Barykin, Zimnicki, oraz Japończyk Horiuchi.

Epidemiologia. Cierpienie to spotykano pierwotnie w Mandżuryi podczas ostatniej wojny, lecz zdarzały się przypadki i w innych miejscach Dalekiego Wschodu, jak również w Rosyi europejskiej, a nawet w Petersburgu. Na terenie wojny choroba występowała epidemicznie, zaś w innych miejscowościach w postaci małych endemii. Nieznane są do tej pory sposoby przenoszenia się zarazy, gdyż prątków poza ustrojem ludzkim nie udało się wykryć. Widocznie jest to pasorzyt bezwzględuy, przenoszący się z człowieka na człowieka.

Bakteryologia. Pierwszy Zimnicki wykrył prątka duru mandżurskiego we krwi i różycowej plamce chorego. Prątek ten nosi też nazwę prątka Zimnickiego. Prątek ten jest bardzo podobny do prątka durowego, lecz jest odeń dłuższy i cieńszy. Obdarzony żywymi ruchami, ma 4 i więcej bocznych rzęsek. Nie tworzy zarodników, sposobem Grama się nie barwi, łatwo zaś barwi się wszystkimi barwnikami anilinowymi. W mięsno-peptonowym bulionie daje równomierny męt, tworzy delikatny kożuszek, a niekiedy niewielki osad. Na agarze rośnie w postaci drobnych, przeźroczystych kolonii, jakby w postaci włókien. Mleko (w odróżnieniu od prątka Ebertha) ścina wolno, w cukrze gronowym nie wytwarza gazów, indol wytwarza, a na barwnych pożywkach zachowuje się jak prątek Ebertha.

Drobnoustrój ten łatwo się wyradza i traci zdolności rozwojowe. W 2., a najdalej w 3. pokoleniu już zjawiają się postacie zwyrodniałe (inwolucyjne). Dłużej nad 2 tygodnie nie daje się przeszczepiać. 0·3 ctm³ dwudniowej hodowli, wstrzyknięte białej myszy śródotrzewnie, zabija ją na drugi dzień. W pomyślnych zaś przypadkach można prątek wykryć we krwi myszy. We krwi chorych prątki pozostają krótko. Prątki te należą do grupy durowo-okrężnicowej (Typhus-coli-gruppe).

Serologia. Surowica chorych skleja prątki Zimnickiego aż w stosunku 1:10.000, prątki zaś Ebertha 1:30, paratyfusowe 1:5. W przebiegu choroby wytwarzają się gatunkowe (heterologiczne) aglutyniny, lecz stale najsilniej homologiczne.

Objawy. Choroba rozpoczyna się nagle. Trzeciego dnia dosięga pełni rozwoju. Następuje 1-2-krotny silny dreszcz. Ciepłota dochodzi do 39⁰ i 40⁰; gorączka przebiega w postaci ciągłej z nieznacznemi zwolnieniami rannemi do połowy drugiego tygodnia. Od 11—15. dnia spada ciepłota do poziomu prawidłowego, albo nagle po 1—2 uprzednich szerokich wahaniach (36,5⁰—40⁰), albo stopniowo. Bywają niekiedy z początku wymioty lub omdlenia. Na 3—4. dzień występuje na całem ciele, nawet na twarzy i głowie, obfita różyczkowo-petociowa wysypka, obfitsza, aniżeli w durze wysypkowym. Wykwity o barwie sinej, niekiedy grudkowate, wielkości ziarnka prosa. W niektórych miejscach, szczególniej na stronie zginaczy na kończynach, dość duże wybroczyny, dochodzące do wielkości ziarnka grochu. Petocie przeważnie sadowią się na goleniach, rzadziej na stopach, rzadko na rękach, a bardzo rzadko na tułowiu i brzuchu; w pojedynczych przypadkach na bokach w dolnej części klatki piersiowej. Czausow widział podbiegnięcia krwawe od wielkości srebrnego rubla do wielkości dłoni, a nawet jeszcze większe.

Na 1—3 dni przed spadkiem gorączki ginie wysypka, pozostawiając po sobie gdzieniegdzie barwne plamy, które się w następstwie łuszczą, a wreszcie bledną po zupełnym spadku ciepłoty. Niekiedy następuje nawrót wysypki. Tętno w jednych przypadkach bywa względnie zwolnione (Botkin, Barykin, o 10 uderzeń mniej na 1⁰ podniesienia ciepłoty), w innych dwubitne, lecz przyspieszone (według Schottmüllera). Śledziona stale powiększona, niekiedy twarda jak deska (Korenczewskij), bolesna przy ucisku, również i wątroba. W bardzo rzadkich przypadkach brak było obrzmienia śledziony. Objawy ze strony przewodu pokarmowego nieznaczne; występują one rzadziej, aniżeli w durze Eberthowskim, również w postaci biegunki, przyczem stolce są podobne do grochówki. Na początku choroby występuje suchy nieżyt oskrzeli, przechodzący następnie w wilgotny; niekiedy zdarza się nieżytowe zapalenie płuc. Bardzo rzadko bywają krwotoki nosowe. Z innych objawów spostrzegano: schnienie warg, obłożenie języka i nieznaczne odurzenie. Rzadko widywano typowy stan durowy (status typhosus) z uporczywymi bólami głowy, apatyą lub bredzeniem, albo też objawy oponowe. Czausow w 10⁰/₀ swoich przypadków spostrzegał bardzo obfitą potówkę na całem ciele z wyjątkiem głowy. Większość tych chorych miewała dreszcze i obficie się pociła, jakkolwiek bywały potówki i bez tego. Skąpe moczenie, białkomocz gorączkowy, odczyn dwuazowy uzupełniają obraz kliniczny. Krew morfologicznie zachowuje się jak w durze brzusznym.

Podczas gorączki znajdowano w niej stale prątki Zimnickiego, wyhodowano je też z plam różycowych.

O aglutynacyi mówiłem wyżej.

Z powikłań spotykał Czausow: gnilec, zakrzepy żylne, zapalenie płuc i opłucnej, ogólne obrzęki i także postać krtaniową, zw. »laryngotyphus«. Wyzdrowienie idzie gładko i szybko. Śmiertelność nieznaczna.

Nader ciekawe spostrzeżenia poczynił Czausow. Twierdzi on, że dur mandżurski jest typowym durem brzusznym i co do przebiegu i co do krzywej ciepłoty. Różni się zaś od niego jedynie: 1) częstością nawrotów, 2) objawami gnilcowymi i 3) obrzękami.

Ad 1). Nawroty zdarzają się w 15 do 20⁰/₀ przypadków, gdy w durze brzusznym w 3 do 10⁰/₀ zarówno w lekkich, jak i ciężkich postaciach. Nawroty przypadają na drugi tydzień stanu bezgorączkowego, rzadziej na 14. dzień. Już zaś po 15 dniach stanu bezgorączkowego zdarzają się bardzo rzadko. Przebiegają one łagodnie, dają 5—10⁰/₀

śmiertelności, gdy tymczasem w durze wynosi ona od 0% (Sorel) do 28% (Ziemssen). Bywają niekiedy (w 16 do 17% nawrotów) nawroty dwukrotne, w 6% trzykrotne w $1\frac{1}{2}$% czterokrotne.

Przyczyną nawrotów według Czausowa mogą być: osobliwa jadowitość zarazka, szybki powrót do zwykłej dyety, do czego zmuszają objawy gnilcowe; wreszcie usposobienie do nich wskutek osłabienia przez uprzednie warunki życiowe, męczące życie obozowe i przygnębienie moralne wskutek poniesionych klęsk wojennych. W nawrotach (1 przypadek badany pośmiertnie przez Kolli) nie spotkano typowych dla duru zmian anatomo-patologicznych, a tylko zwykły nieżyt jelit.

Ad 2). Drugą osobliwość stanowią objawy gnilca w postaci wylewów krwawych w skórze, tkance podskórnej oraz mięśniach, a także w postaci pewnych zmian na dziąsłach. Dziąsła były bardzo blade, niekiedy brudnosinawej barwy, krwawiły; bardzo rzadko widywano owrzodzenia i zauważano cuchnienie z ust.

Pojawianie się gnilca wśród chorych szpitalnych zależało od ciężkiego przebiegu duru, częstych nawrotów, wyniszczających chorych już uprzednio osłabionych wskutek uciążliwych warunków życia obozowego, jednostajnego żywienia i braku jarzyn.

Ad 3). Trzecią osobliwością (oprócz rzadkich krwotoków jelitowych) były oryginalne obrzęki.

Krwotoki były rzadkie wbrew oczekiwaniu, pomimo powikłań przez gnilec. Stanowiły one 0,5% przypadków, gdy zwykle wynoszą 2 — 5 — 10% przypadków.

Obrzęki występowały na całem ciele. Bardziej były wydatne na tułowiu i górnych kończynach, aniżeli na dolnych. Obok tego były przesięki w otrzewnej, opłucnej i osierdziu. Białkomoczu albo nie było wcale, albo też bywał bardzo nieznaczny; brak było również w moczu wszelkich morfologicznych pierwiastków nerkowych.

Pośmiertne badanie wykazywało znaczne powiększenie serca, rozszerzenie jego jam; mięsień serca żółtawy, miękki i kruchy. W nerkach żadnych zmian. W jednym przypadku wybroczyny w krezce.

Obrzęki zdarzały się bardzo rzadko, bo zaledwie w 6% przypadków, rozpoczynały się od twarzy, poczem pojawiał się przesięk w otrzewnej, w końcu ulegał obrzękowi tułów, górne kończyny, a wreszcie i dolne. Wszyscy ci chorzy przechodzili ciężką postać duru.

Obrzęki zjawiały się w czasie nawrotów lub obostrzeń choroby w postaciach przewlekłych, trwających dwa miesiące. Prawie wszyscy ci chorzy mieli objawy gnilca, wobec czego Czausow twierdzi, iż obrzęki były jednym z objawów gnilca.

Anatomia patologiczna. Badań pośmiertnych było niewiele. Stwierdzono: nieznaczne obrzmienia śluzówki jelit, szczególniej kęp Peyera, nieznaczne powiększenie gruczołów krezkowych, obrzmienie wątroby i śledziony. Owrzodzenia w jelitach zdarzały się bardzo rzadko.

Rozpoznanie opierać się powinno na nagłym początku, wysokiej ciepłocie od pierwszej chwili, obfitej wysypce, obecności prątków Zimnickiego w kale, krwi i plamach różycowych, oraz odczynie surowiczym, wyższym dla homologicznego prątka, aniżeli dla heterologicznego.

Patogeneza. Wobec zmian anatomopatologicznych, bardzo zbliżonych do duru, obecności prątków we krwi i plamkach różycowych, patogeneza jest taka sama, jak w durze Eberthowskim i paratyfusach.

C. Paratyfus C, metatyfus i inne.

Zachorowania durowe mogą wywołać i inne drobnoustroje. Uhlenhuth i Huebener wyhodowali prątki paratyfusowe C. Znaleziono je w kale i moczu zdrowych ludzi i zwierząt.

Guilbert i Henry wyhodowali ze śledziony człowieka, u którego po śmierci stwierdzili typowe zmiany durowe, prątka, ulegającego aglutynacyi tylko pod wpływem surowicy tegoż osobnika, gdy tymczasem taż surowica nie sklejała ani prątków Eberthowskich, ani paratyfusowych.

Arzt i Boese również wyhodowali z ropy oponowej dziecka prątka paratyfusowego, który nie ulegał aglutynacyi pod wpływem surowicy uodpornionej dla prątków zwykłych paratyfusów. Loghem wykrył podobne szczepy u kilku osób, które przeszły dur. Również wykryto prątki, które w hodowlach zachowywały się inaczej, aniżeli Eberthowskie i paratyfusowe, jakoto Birt z ropy, Faroy i Laforgue ze krwi. Bidder i Meyer opisują przypadek, podobny do duru, a wywołany przez »bacillus faecium alcaligenes«, który znaleziono we krwi. Surowica zawierała swoiste aglutyniny.

I prątek okrężnicy w pewnych swych odmianach może wywołać zakażenie z wysoką gorączką, podobną do durowej. Lecz w tych przypadkach nie spostrzegano nigdy różyczki. Natomiast może on wywołać w pewnych warunkach nieżyt przewodu pokarmowego. Podobnemi właściwościami odznacza się szczególniej »b. coli haemolyticus« (Schottmüller, Much, Lorey). Wspomnieć jeszcze należy o chorobie, opisanej przez Schüffnera p. n. »pseudotyphus z Deli«. Zarazek nieznany.

Mandelbaum w 1907 r. stwierdził, iż pewien gatunek prątka durowego zachowuje się w hodowlach oryginalnie. Wytwarza bowiem na agarze kryształy, a w agarze z krwią zmienia barwnik krwi w odmienny od durowych sposób. Poza tem niema różnic hodowlanych i serologicznych pomiędzy tym szczepem, a szczepem durowym. Mandelbaum nazwał tego prątka »b. metatyphi«, a chorobę przez niego wywołaną, metatyfusem. Do tej pory spostrzeżenie to nie znalazło potwierdzenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Liepmann. **Rzucawka porodowa a nadwrażliwość.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 2). Liepmann poddaje krytyce poglądy badaczy, uważających rzucawkę porodową za wyraz anafilaksyi, t. j. nadwrażliwości ustroju na białko obce, wprowadzone na drodze parenteralnej. Głównym objawem nadwrażliwości jest gorączka, nigdy się nie widuje białkomoczu, co najwyżej $\frac{1}{4}$‰ (Pirquet-Schick). Nadwrażliwość występuje u osób nadczułych, łatwo pobudliwych, a każdy nowy dowóz białka przyspiesza odczyn. Tymczasem, niezależnie już od zagadnienia zasadniczego, czy białko, po-

chodzące z łożyska, jest obcem wobec ustroju matki, należy podkreślić, że na rzucawkę zapadają ciężarne silne, zdrowe i dobrze odżywione. Na plan pierwszy występuje tu obfita ilość białka w moczu, gorączka gra rolę podrzędną, i co więcej, rzucawka zazwyczaj się nie powtarza. Dlatego L. uważa ją jedynie za wyraz zatrucia, którego źródłem jest łożysko, a w konsekwencyi podaje szybkie rozwiązanie rodzącej, jako najwłaściwszy sposób leczenia rzucawki. A. Markowa.

Stolper. **O wpływie żeńskiego gruczołu płciowego na przemianę cukru.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 3). Na zasadzie badań nad przemianą materyi w kierunku przyswajania cukru u osób, u których zwykła czynność jajników uległa zmianie, twierdzi autor, że badanie moczu co do cukru jest w tych przypadkach łatwym i dobrym środkiem oryentacyi. Obniżenie granicy przyswajania cukru świadczy o zmniejszonej, zmienionej lub nieprawidłowej czynności jajnika, jest więc objawem ciąży od drugiego miesiąca, wymiotów niepowściągłych (związek ze zmianami w ciałku żółtem?), nowotworów jajnika, a mianowicie torbielaka w odróżnieniu od włókniaka macicy, i okresu przekwitania. A. Markowa.

Hauch i Meyer. **O działaniu pituitryny, w szczególności przy łożysku przodującem.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 4). Autorowie podzielają na zasadzie swoich wyników ogólny dodatni pogląd na działanie pituitryny na bóle porodowe, w szczególności w okresie drugim. Przy poronieniach i porodach przedwczesnych pituitryna nie działa. Natomiast polecają wstrzykiwanie pituitryny, skombinowane z przebiciem pęcherza przy łożysku przodującem. A. Markowa.

Rübsamen. **Badania kliniczno-doświadczalne nad działaniem środków, wywołujących bóle porodowe, w okresie trzecim.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). Zdaniem autora, najlepszym środkiem pobudzającym mięsień maciczny do skurczów w okresie poporodowym, są przetwory z przysadki mózgowej. Zwalczają one szybko i pewnie krwotoki poporodowe, pochodzące z niedowładu macicy, szczególniej wtedy, gdy przetwory takie wprowadzamy śródżylnie. Wstrzyknięty zaś zapobiegawczo w chwili wydalania płodu na zewnątrz, sprawia przetwór przysadki, że czas trwania okresu III skraca się, skutkiem czego utrata krwi, wynosząca średnio 300 cm^3, zmniejsza się do 80 cm^3, co w pewnych przypadkach może mieć wielkie znaczenie. Przetwory sporyszowe są mniej pewne, a działają znacznie wolniej. A. Markowa.

Seligman. **O leczeniu nawrotu mięsaka.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 12). W przypadku, w którym po usunięciu mięsaka, wychodzącego z jajnika, nastąpił nawrót nowotworu nawet z zajęciem kręgosłupa, stosował autor leczenie skombinowane, polegające na wstrzykiwaniu arsacetyny i naświetlaniu promieniami Röntgena. Na zasadzie bardzo dobrego wyniku leczenia poleca autor to postępowanie dla innych analogicznych przypadków. A. Markowa.

Seitz. **Rozpoznanie ciąży na drodze biologicznej.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 1). Na zasadzie badań, obejmujących 60 ciężarnych (4—10 m. k. s. ciąży), 48 nieciężarnych i kilkanaście przypadków nowotworów, stwierdza S., że metoda Abderhaldena nie daje swoistego odczynu i dlatego nie może stanowić punktu oparcia dla rozpoznania. A. Markowa.

Schlimpert i Hendry. **Doświadczenia nad próbą Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 13). Autorowie badali 316 przypadków zapomocą metody Abderhaldena. Wynik badań dowodzi, że próba A. może być uważana za odczyn swoisty, dla ścisłości badań konieczne są jednak równoczesne liczne doświadczenia kontrolne u osób nieciężarnych, ponieważ przy błędach w technice, można i u takich osób otrzymać wynik dodatni. Technika musi być niezmiernie ścisła, krew z łożyska dokładnie usunięta. Ponieważ to usunięcie krwi zależy od składu chemicznego wody, jakiej do przemywania łożyska używamy, przeto S. i H. zwracają uwagę na znaczenie odpowiedniej koncentracyi rozczynu soli kuchennej. A. Markowa.

Freud i Brahm. **Rozpoznawanie ciąży zapomocą metody optycznej i dyalizy.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 13). Metodę serologiczno-optyczną rozpoznawania ciąży wprowadzili Abderhalden, Freund i Pincussohn. Pierwsza serya ich badań przemawiałaby za tem, że odczyn, wybitnie występujący w pierwszej połowie ciąży, słabnie pod jej koniec. Pogląd ten uległ zmianie w miarę doskonalenia się technicznej strony badań i obecnie zdaniem Abderhaldena odczyn występuje przez cały czas trwania ciąży i jest swoisty dla niej

Opanowawszy udoskonalenia techniczne, badali F. i B. w celu sprawdzenia tego poglądu przypadki ciąży prawidłowej i nieprawidłowej ze wszystkich okresów, ciąży zewnątrzmacicznej, nowotworów przydatków, dalej osoby nieciężarne, razem przypadków 135, badań 141. Metodą optyczną posługiwali się 134 razy, dyalizacyjną 99. Okres obserwacyi trwał od doby do dwu. Skręcanie poniżej $0{,}05^0$ oznaczali F. i B. jako wynik ujemny, dodatni nie przewyższał $0{,}1^0$. Rozszczepianie białka istotnie stwierdzili we wszystkich miesiącach ciąży, jakkolwiek słabiej pod jej koniec. Obraz kliniczny zgadzał się z wynikiem metody optycznej w $72{,}1\%$, dyalizacyjnej, w $66{,}7\%$. Przypadki, w których rozpoznanie zawiodło przy metodzie optycznej, tłomaczą autorowie zmiennem zachowaniem się peptonu łożyskowego wobec rozmaitych surowic, dlatego w takich razach należy użyć 2, a nawet 3 peptonów. Surowica powinna być świeża, nie mętna i nie hemolityczna.

Metoda dyalizacyjna pozwala w wielu przypadkach na rozpoznanie ciąży na drodze serologicznej. Przypadki ciąży pewnej, dające ujemny wynik odczynu, można wytłomaczyć błędami techniki ze względu na niedoskonałość błon dyalizacyjnych, przy metodzie zaś optycznej zmiennym składem krwi zależnie od miejsca i czasu. Na tej zasadzie ustanawiają autorowie warunki, których przestrzeganie jest konieczne dla dokładnego wykonania próby Abderhaldena. W obecnym stanie rzeczy nie osiągnięto jeszcze zdaniem autorów, głównego celu próby Abderhaldena, jakim jest rozpoznanie ciąży, ma ona jednak olbrzymie naukowe znaczenie. A. Markowa.

Goldstein. **Przypadek akromegalii po wytrzebieniu u dorosłej kobiety.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 14). Autor opisuje przypadek, stanowiący jak dotąd »unicum«. W kilka lat po wytrzebieniu, dokonanem u 39-letniej kobiety z powodu włókniaków, rozwinęła się akromegalia. Dokładne wywiady stwierdziły, że operowana odznaczała się zawsze znacznymi rozmiarami kośćca. Przyjąć zatem należy, że istniało już poprzednio podłoże dla wzrostu olbrzymiego, a usunięcie jajników było czynnikiem wyzwalającym. Autor przypuszcza wzmożoną czynność przysadki mózgowej; objawów przerostu jej nie stwierdził. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Almkwist I. **O znaczeniu salwarsanu i neosalwarsanu w leczeniu kiły.** (Derm. Woch. 1913. T. 56. Z. 2). Na podstawie spostrzeżeń szeregu przypadków kiły stwierdza autor, że leczenie mieszane salwarsanem i rtęcią dawało znacznie lepsze wyniki co do nawrotów i zmiany odczynu Wassermanna na ujemny, niż leczenie samym tylko salwarsanem. A zaznaczyć należy, że A. stosował salwarsan w licznych wstrzykiwaniach do żył, bo w przeciągu trzech miesięcy dostawali chorzy do 8 wstrzykiwań w dawkach 0,4—0,6 gr. Neosalwarsan uważa autor za przetwór działający w podobny sposób, jak salwarsan. F. Krzyształowicz.

Ehrlichówna M. **Badania bakteryologiczne różnych zapaleń skóry.** (Derm. Woch. 1913. T. 56 Nr 34). Badania większej ilości przypadków doprowadziły autorkę do następujących wyników: Pęcherze powstałe po naświe-

tleniu światłem Finsena i lampy kwarcowej były zawsze jałowe; w strupach znajdowano często paciorkowce i gronkowce. Czystych zakażeń paciorkowcami nie stwierdzono, a tylko czysto gronkowcowe. Nie spostrzegano różnic klinicznych między przypadkami jałowymi a zakażonymi. W podobny sposób zachowywały się zmiany po użyciu zamrażania kwasem węglowym. Silne odczyny, nawet ropne po szczepieniu tuberkuliną sposobem Pirqueta lub Moro, były wyraźnie jałowe. Inne zapalenia skóry po użyciu środków leczniczych (dermatitis medicamentosa) okazywały w części jałowość, w innych przypadkach były zakażone. Obok liszajca (impetigo) na tle paciorkowców spotykała E. i przypadki atypowe na tle zakażenia gronkowcami; do tych należał liszajec obrączkowy. W niesztowicach (ecthyma) wykazywała E. zawsze paciorkowce, często równocześnie gronkowce, W wyprysku nie stwierdziła nigdy samych paciorkowców, często jednak paciorkowce obok gronkowców. We wrzodach goleni znajdowała autorka zawsze gronkowce, a bardzo często paciorkowce; w wielu przypadkach wyhodowała obok tego prątka ropy błękitnej (bac. pyocyaneus), którego znaczenie w tej sprawie chorobowej nie jest dokładniej znane. F. Krzyształowicz.

Rupp E. **Przyczynek kliniczny i statystyczny do etyologii gruźlicy skóry, w szczególności tocznia.** (Derm. Woch. 1913 T. 56. Nr 5). Na podstawie danych statystycznych i spostrzeżeń klinicznych dochodzi autor do wniosku, że u osób dorosłych toczeń powstaje przez zakażenie szczepem ludzkim (typus humanus) gruźlicy, a że szczepowi bydlęcemu należy przypisywać znacznie niższą rolę w wywoływaniu gruźlicy skóry, niż dotąd sądzono. Szczegółowe wywiady kliniczne wykazywały, że zakażano się głównie od osobników dotkniętych gruźlicą płuc lub przy obecności gruźlicy płuc przed wystąpieniem tocznia. Zużytkowywanie statystyki wedle zawodów (Engelberth) wiedzie do mylnych wniosków, bo chociaż toczeń częstszy jest u wieśniaków, niż po miastach, ale rozszerzenie gruźlicy bydlęcej nie idzie w parze z częstością gruźlicy skóry. Wnioski autora są zupełnie zgodne z badaniami bakteryologicznemi, przeprowadzonemi na podobnym materyale. F. Krzyształowicz.

Almkwist J. **O kile z ukrytym wrzodem pierwotnym.** (Derm. Woch. 1913 T. 56. Nr 7). Ogłoszone przypadki kiły bez znalezionego wrzodu pierwotnego (syphilis d'emblée) nie przekonują autora o rzeczywistym braku nacieku pierwotnego. Przytaczając spostrzegany przez siebie przypadek, stwierdza A., że naciek taki może się znajdować w rowku łódkowatym cewki, gdzie nie daje się wymacać, dlatego w podobnych przypadkach należy zawsze badać wydzielinę cewki w kierunku krętków kiłowych. W podobnych przypadkach u kobiet należy badać w tym kierunku wnętrze części pochwowej macicy, gdzie również naciek pierwotny może być ukryty. F. Krzyształowicz.

Batawia L. **Zaburzenia słuchu i równowagi po salwarsanie.** (Gazeta lek. 1913 Z. 7. 8.). U osobnika z kiłą świeżą, leczonego najpierw 12 wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego, później salwarsanem, wystąpiło w 12 tygodni po tem ostatniem wlewaniu (0,4 gr.) zaburzenie równowagi i głuchota prawostronna. Szczegółowe badanie ucha wykazało schorzenie błędnika lub odpowiednich ośrodków nerwowych i zniesienie czynności prawego narządu przedsionkowego. Brak odczynu galwanicznego prawej strony przemawiał za schorzeniem nerwu. Wogóle zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zaburzenia słuchu i równowagi, jakie widujemy obecnie w różnych okresach kiły po wstrzykiwaniach salwarsanu, mają swe źródło w zmianach chorobowych odpowiednich nerwów, chociaż i zajęcie samego błędnika, niezależnie od tych zmian, nie jest wyłączone. Autor nie chce rozstrzygać, czy te zaburzenia w narządzie słuchowym należą do neurorecydyw, czy do obrazu zatrucia arszenikiem. Za pierwszem przypuszczeniem przemawia jednak częstsze pojawianie się tych objawów w ostatnich czasach i pojawianie się tych zaburzeń w 6—10 tygodni po wstrzykiwaniu salwarsanu. Autor sądzi jednak, że salwarsan nie działa w tym razie szczególnie szkodliwie na narząd słuchowy, lecz działanie jego zmienia w ten sposób przebieg kiły, że zaburzenia w zakresie nerwów czaszkowych występują częściej, niż po rtęci. F. Krzyształowicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia. 1) Przyrząd, zapisujący stale ciepłotę ciała i tkanek, wyrabia firma Siemens i Halske. 2) Kolorymetr tani a dokładny podał Stein (Med. Klinik, 1913, II). 3) Prześwietlanie dna oka od strony jamy gardłowonosowej przedstawiał w Berlińskiem Tow. im. Hufelanda Hertzell. Potrzeba do tego silnej lampki (najmniej 100 świec) i oziębiania przyrządu wodą. 4) Przyrząd do badania oczu u dzieci szkolnych podał Gastpar (Münch. med. Wochschr. 1913, Nr 12). 5) Imadło do szycia, otwierane i zamykane z pomocą dwóch palców, obmyślił prof. Jolly (Med. Klinik Nr 13). 6) Przyrząd do przemywania jamy nosowogardłowej na kształt cewnika, z boku połączony ze strzykawką, podał Bauer. (Med. Klinik Nr 13). 7) Przyrządy do zatrzymywania kału przy odbycie sztucznym i przy wypadaniu kiszki stolcowej, podał Decker (Münch. med. Woch. 1913, Nr 13). 8) Zgniatacz do wycinania żeber, dający całkiem gładką powierzchnię przekroju, podał Wilms. (Zbl. f. Chir. 1913, Nr 11). 9) Przyrząd do leczenia skrzywień kręgosłupa, ćwiczący łatwo mięśnie grzbietu bez zbytniego forsowania, podał Becker. (Med. Klin. Nr 4, 1913). 10) Zatrzymywacz moczu przy przetokach pęcherza, podał Wossidlo. (Med. Klin. Nr 4, 1913) 11) Ulepszony kulociąg Sanitera. Ramiona schodzą się ze sobą w szparze, przez co nie mogą się rozsunąć n. p. przy chwytaniu tkanek. (Med. Kl. Nr 4, 1913) 12) Przyrząd pomocniczy do szwu naczyń krwionośnych, w zasadzie przypominający stojak fotograficzny, opisał Jeger. (Berl. klin. Woch. Nr 50). K.

Śródotrzewne stosowanie oliwy zalecano jako środek, mający zapobiegać zakażeniu otrzewnej, względnie leczyć je. Momburg przestrzega przed tem postępowaniem, bo oliwa podrażnia otrzewnę, co u osób słabych może wywołać groźne następstwa. Nierzadko też spostrzega się potem powikłania płucne, polegające nieraz na zatorach tłuszczowych. Natomiast bardzo polecenia godne jest, zdaniem Momburga, stosowanie gorącego powietrza (odpowiednie skrzynie) już w 3 godziny po operacyi (80 do 90° pół godziny), a potem 3 razy dnia przez kilka pierwszych dni. Gorąco pobudza zarazem energicznie ruch robaczkowy. (Deutsche med. Woch. 1913, 12). K.

Przeciwko odkażaniu skóry jodyną wystąpił gwałtownie Rovsing w odczycie swym, jako gość, w Chicago. Twierdzi on, że odkażanie jodyną jest bardzo niepewne i spostrzegał już po niem ciężkie zakażenia. K.

Okolicę ran poleca Auerbach smarować płynną parafiną, co chroni od tworzenia się okolicznych wyprysków i ułatwia odejmowanie opatrunku. (Med. Klinik 1912, Nr 48). K.

Znieczulenie lędźwiowe tropakokainą zastosował Goldberg w 300 przypadkach, uzyskując zupełny skutek w 88% (w ostatniej setce w 99%): działanie uboczne spostrzegał w 9%, najczęściej w postaci bólów głowy, częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Przeważnie używał G. roztworu wodnego, rzadziej w fizyologicznym roztworze soli kuchennej; dawka wynosiła 0,03 do najwyżej 0,1 tropakokainy. Wstrzykiwania wykonywał G. zawsze między III

a IV wyrostkiem ościstym, wkłuwając igłę dokładnie $^1/_2$ cm pod wyrostkiem i prowadząc ją poziomo; chory siedzi przytem zgięty, opierając łokcie na kolanach. Znieczulenie sięgało tem wyżej, im więcej wypuszczono płynu mózgowo-rdzeniowego; 5—10 cm^3 tego płynu, zmieszanego z rozczynem tropakokainy, wstrzykuje G. z powrotem. Po wstrzyknięciu powinien chory siedzieć jeszcze 3 do 5 minut. (Przegląd chir. i ginek. V. 2). Mk.

Dla łagodzenia bolów stosuje Ricard maść następującą: »Rp. Camphorae, extract. bellad., chloroform aa 4,0, ol. hyoscyam. 200,0«. (Rif. med. 1912, Nr 35). K.

Przy poczynającej się zgorzeli radzi Borchardt stosować tygodniami codziennie kąpiele t. zw. przemienne, t. j. chory wkłada 50 razy naprzemian kończynę raz do wody ciepłej (35—55°), to znowu do zimnej. (Ztrbl. f. Chir. 1913, Nr 9). K.

W razie zupełnego braku skłonności do zgojenia się złamania poleca Bartolotti, za radą Onoratosa, wstrzykiwać pomiędzy odłamki kostne 1% kwas osmowy. (Policl. XI.). K.

O zupełnem zniknięciu raka sutka z przerzutami po wstrzykiwaniach (poleconego przez francuskiego lekarza Gaube du Gersa) koloidalnego połączenia ołowiu t. zw. »cuprose« donosi Comite. (Gaz. degl. osped. 1912, Nr 134).

Na ziarniny gruźlicze i rany źle gojące się zaleca Mandl z Budapesztu swój środek, nazwany »Ulsanin« (hydrojodobrat), który w zetknięciu z wilgotną tkanką wywiązuje energicznie jod i tlen »in statu nascendi«. (Deutsche med. Woch. 1912, 51). K.

Stosowanie sulfoformu (triphenylstibinsulfid) zachwala Sternthal zamiast dotąd używanych przetworów siarki w postaci ciast i maści i w związku z tumenolem, pitylenem, dziegciem w różnych sprawach chorobowych (alopecia, sycosis, eczema, scabies, pityriasis rosea, impetigo). (Derm. Woch. 1913. T. 56. Z 6). Joseph, który pierwszy użył tego przetworu, zaleca go przed innymi, gdyż w tym razie wydziela się siarka »in statu nascendi«. Autor ten stosuje go przedewszystkiem przy przedwczesnem łysieniu na tle łojotoku w postaci miękkiej maści (Sulfoform 2,5, ol. oliv. 3,0, vasel. flav. ad 35,0). (Derm. Woch. 1913, Nr 9). F. K.

W leczeniu kiły otrzymywał Hügel dobre wyniki przetworem atoksylowo-rtęciowym (32% rtęci, 23,2% arszeniku), w postaci wstrzykiwań miąższowych zawiesiny oleju (Hg. atoxyl 1,0, ol. amygdal. dulc 9,0), w dawce 0,1 gr. przetworu co 3—4 dni. (Derm. Woch. 1913. T. 56. Z. 10). F. K.

Jod podskórnie można stosować bez obawy wywołania zatrucia w postaci jodypiny. Hoefler poleca używać do tego 10-gramowej strzykawki z 10 cm. długą igłą, wstrzykiwać w okolicy pośladkowej, skórę przed wstrzyknięciem zajodynować. Jodypina jest aseptyczna; do wstrzykiwań nie potrzeba jej ogrzewać. Po wstrzyknięciu miesi się skórę w miejscu wstrzyknięcia krótko zwitkiem waty, a potem przykrywa otworek strzępkiem waty i plastrem. Wstrzykiwania powtarza H. co dwa dni, zużywając na całe leczenie najwyżej 200 gramów jodypiny. (Dermatol Zentralbl. 1913, 6). Mk.

Odczyn Wassermanna w odmianie Dungerna wykonywał Drügg i doszedł do wniosku, że odmiana ta daje wyniki pewne, byleby ściśle się trzymać podanych przepisów jej wykonywania. (Deuts. med. Wochenschr. 1913, 7). Mk.

W zapaleniu sterczu (prostatitis) stosował Fischel lawatywy jodypinowe (zwolna wprowadzane 10 cm^3 z rozczynu 1 cz 25% jodypiny w 2 cz. oliwy; lawatywę taką, zawierającą około 0·75 jodu, chory zatrzymuje bez trudności w odbytnicy). Lawatywy stosuje się codziennie; już po tygodniu zauważał F. słabnięcie, a po 2—3 ustępowanie zapalenia. (Münch. med. Wochenschr. 1913, 12). Mk.

Tatuowanie stara się usuwać względnie zmniejszyć Peller w następujący sposób: Wstrzykuje najpierw 3 razy w tatuowane miejsce fibrolizynę, a potem wkłuwa podskórnie przez miejsce tatuowane igły, nawleczone jedwabiem, zmoczonym w 50% $AgNO_3$ i nitki jedwabne zostawia pod skórą dwa dni. Powstaje przytem odczyn zapalny (zwłaszcza, gdy stosuje się jeszcze na to miejsce ciepłe okłady), przy którym znaczna część barwnika odchodzi kanalikami nakłuć na zewnątrz. (Derm. Ztg 19. X). K.

Przy podrażnieniach płciowych (np. bolesnych wzwodach prącia przy wiewiórze) zalecają obecnie bardzo adamon, składający się z bromu i borneolu, w dawce do 3,0 dziennie. (Deutsch. med. Woch. 1912, Nr 49). K.

Przed zapisywaniem bardzo silnych leków w postaci kropli przestrzega na mocy skrupulatnych badań Beckers. Powszechnie używane kroplomierze, nawet t. zw. patentowane, odmierzają krople bardzo rozmaitej wielkości. I tak przypuszcza się, że 20 kropli odpowiada mniej więcej gramowi. Tymczasem B. przekonał się, że waga odmierzonych kroplomierzem kropli wody bywa bardzo różna, zależy od budowy flaszki, rozmiarów jej, a co najważniejsza, od jej napełnienia. Tak np. flaszeczka 10-gramowa, gdy zawiera 2,5 wody, wymierza na gram 13 kropli, gdy zawiera 7,5 grm 15, a gdy jest pełna 18—20 kropli. Z tego też powodu o ile możności powinniśmy unikać zapisywania środków bardzo silnych w postaci kropli, bo nieraz przekracza się przytem niechcący największą dawkę. (Berl. klin. Woch. 1913, Nr 5). K.

Codeonal jako lek nasenny stosował Lemnitz (Halbmonatschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Medizin, 1913, 7) z pomyślnym wynikiem, nawet w 2 przypadkach bolów wiądowych, w których weronal zawodził. Podobnież korzystnie wyraża się o kodeonalu, jako leku nasennym, Mann na zasadzie 97 przypadków, z których tylko w 5 nie było skutku. Mann podawał zrazu po 1 tabletce, co niejednokrotnie wystarczało; pewniej jednak jest podać 2 tabletki, poczem w 3 kwadranse następuje sen 7-godzinny. (Münch. med. Wochenschr. 1913, 9). Kn.

Paracodin, nowy przetwór kodeiny, wypróbował Alb. Fraenkel w sanatoryum dla piersiowo chorych w Badenweiler. Działanie jest szybsze i dłuższe, niż kodeiny; parakodyna wywołuje jednak lekką senność. Przyzwyczajania się do tego leku Fr. nie zauważył. Dawka: 3 razy dziennie po 0,025; niekiedy wystarcza już mniejsza. Zdaniem Fr. można podać bez obawy aż do 0,05 na dawkę. (Münch. med. Woch. 1913, 10). Kn.

Neuronal podawał Seige w klinice psychiatrycznej Binswangera w Jenie 65 chorym i doszedł do następujących wniosków: 1) Neuronal jest dobrym i nieszkodliwym środkiem nasennym i kojącym, nie ustępującym innym lekom tego rodzaju. W lekkich przypadkach dawka 0,5 do 1,0, w cięższych 2 do 3 grm. 2) Na uwagę zasługuje swoiste niejako działanie neuronalu w groźnych stanach zamroczenia padaczkowego (w połączeniu z wodanem amylenu) oraz wybitne jego działanie »in dosi refracta« w przewlekłych podnieceniach. 3) W połączeniu z antyfebryną działa neuronal często jak lek przeciwbólowy. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1912. 39). Kale.

Lecytynę podskórnie stosował Nerking w zawiesinie wodnej, lub w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Używa się do tego tylko czystej lecytyny, natomiast bezskuteczne a nawet szkodliwe są lecytynalbuminy. Wstrzykiwania takie skracają według Nerkinga narkozę i zapobiegają jej działaniu następczemu, łagodzą padaczkę, prócz tego wskazane są w neurastenii, białaczce, niedokrwistości, a zasługują na wypróbowanie w stwardnieniu tętnic i dnie. Wstrzykuje się (oczywiście z zachowaniem aseptyki) 2—5 cm^3 jałowej 10% zawiesiny. (Zentralbl. f. d. ges. Therapie 1912, 2). Mk.

Antytyreoidynę stosował w chorobie Basedowa prof. Rubino z wynikiem bardzo pomyślnym; w przypadkach

Rubino znikał lub zmniejszał się wól i wysadzenie oczu, czynność serca stawała się regularną, drżenie ustawało, a stan psychiczny i ogólny wyraźnie się poprawiał. Równie skutecznie działała antytyreoidyna w przypadkach nawrotów. R. podaje przez dni 20 stopniowo wzrastające dawki od 10 do 100 kropli dziennie, poczem taksamo stopniowo je obniża, powtarzając to 4—5 razy (Berliner klin. Woch. 1913, 12). Mk.

Tuberkulina Rosenbacha, wprowadzona do lecznictwa przed 2 laty, różni się tem od innych tuberkulin, iż jest produktem współżycia prątków gruźliczych z grzybkiem z rodzaju »trichophyton« i że przy jej przyrządzaniu nie używa się ogrzewania. Tuberkulinę tę wstrzykuje się w dawkach znacznie większych, niż inne tuberkuliny, mianowicie zaczynając zazwyczaj od 0·1 (a tylko u bardzo osłabionych chorych od dawek mniejszych) i postępując stopniowo aż do 1·0. Szybkość zwiększania dawki i częstość wstrzykiwań zależy od stopnia wywołanego odczynu. Jeżeli odczynu niema lub jest tylko słaby odczyn, to wstrzykiwania powtarza się dwa razy w tygodniu. Tuberkulinę tę stosował prof. Kausch w kilku przypadkach gruźlicy chirurgicznej, uzyskując znaczną poprawę, mianowicie ustępowanie nacieków, w których nie doszło do martwicy, a szybsze gojenie się przy sprawach cięższych, gdzie prócz tuberkuliny stosować wypadło wyskrobywania i t. d. (Deuts. med. Woch. 1913. 6). O pomyślnych wynikach donosi także Doc. Hochhalt (Pester med. chir. Presse 1913, 6), który stosował tuberkulinę Rosenbacha w 55 przypadkach, z tego 7 gruźlicy chirurgicznej. Kal.

Choroba Marconiego. U osób pracujących stale przy telegrafie bez drutu spostrzega się typową chorobę, cechującą się silną niedokrwistością (zmniejszeniem się ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny). Odnoszą to cierpienie do wpływu ozonu i zmiennych prądów elektrycznych w ubikacyach telegraficznych. (Med. Klinik Nr 14). K.

Trujące własności płynu z bąblowca badali Dessy i Marotta na psach, wstrzykując ten płyn do żył. Spostrzegano: spadek ciśnienia krwi, duszność, wymioty (czasem krwawe), biegunkę i brak krzepliwości krwi. Poprzednie wstrzyknięcie adrenaliny lub małej ilości płynu bąblowca powstrzymuje często wystąpienie objawów zatrucia. Objawy powyższe przypominają żywo objawy kliniczne, występujące przy pęknięciu torbieli bąblowca lub po jego nakłuciu. (Rev. de la Soc. med. Argent. VII—IX. 1912). K.

Przy ospie prawdziwej zaleca Rockhill smarowanie 3 razy dziennie krost rozczynem: »Rp. Jodi 10,0, glycerin 90,0«. (Journ. Amer. med. As. 58 t 1912). K.

Przy krztuścu zaleca Leurmann wstrzykiwania śródżylne, u dzieci śródmięśniowe, chininy (u dzieci hydrochininy). (Med. Klin. 1912, Nr 44). K.

Powietrze w pracowniach lekarskich, zwłaszcza tam, gdzie pracuje się dużo z rtęcią (dentyści, dermatolodzy, fizyologowie), zawiera podług Schelenza nieraz bardzo wiele par rtęciowych, które łatwo dostają się do ustroju i wywołać mogą objawy zatrucia, (zmęczenie, brak apetytu, schorzenia w jamie ustnej, objawy jelitowe i t. p.). (Münch. med. Woch. 1913, Nr 9). K.

Mechaniczne odczyszczanie filtrów Berkefelda podała wyrabiająca je fabryka; polega ono na tem, że filter czyszczą ciągle ziarna węgla, wprawione w ruch prądem wody. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1912. 73. II). K.

Dla kontroli konserw mięsnych w puszkach blaszanych domaga się słusznie Mayer zaznaczania na puszce daty wyrobu, gdyż konserwy starsze nad rok przybierają zwykle metaliczny smak i mogą być dla zdrowia szkodliwe. (Wien. med. Woch. 1913, Nr 2). K.

Czynność gruczołków tętnic szyjnych Luschki badał Frugoni, wstrzykując z nich wyciąg zwierzętom i przekonał się, że już 5 cm tego wyciągu może zabić królika wśród drgawek i objawów porażenia oddechu i serca. Krew traci przytem krzepliwość, a wogóle działanie tych gruczołków jest przeciwne, jak nadnerczyny. (Policl. Ser. med. XX.). K.

Sprawy Towarzystw naukowych

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Hildebrand (Berlin). **O leczeniu porażenia nerwu twarzowego plastyką mięśni.** H. uzyskał w jednym przypadku dobry wynik przez przełożenie mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, mianowicie części mostkowej, do kąta ust; przedtem wykonano bez skutku 9 różnych zabiegów operacyjnych. — Stein w podobnym przypadku osiągnął kosmetyczną poprawę zapomocą wolnej plastyki powięzi.

Küttner i Lexer. **O przeszczepianiu kości i stawów ze zwłok i małp.** Lexer dodaje, że czyni obecnie próby, by wyniki heteroplastyki polepszyć, przez poprzednie przygotowywanie danego osobnika wstrzykiwaniami odpowiedniej surowicy.

Röpke (Barmen): **Zastosowanie wolnego przeszczepiania tłuszczu w chirurgii stawów.** Na podstawie 13 operowanych przypadków zachęca R. do wolnego przeszczepiania tkanki tłuszczowej (nawet wielkości dłoni) pomiędzy operowane powierzchnie stawowe, celem otrzymania ruchomego stawu, co nawet przy gruźlicy oddaje cenne usługi.

König (Marburg): **Kliniczne i doświadczalne spostrzeżenia nad wszczepianiem kości słoniowej.** Jeżeli rana goi się jałowo, to wszczepiona kość słoniowa spaja się ściśle z kością i z czasem zostaje przez nią zastąpiona. Wszczepiony kawałek kości słoniowej musi być ściśle dopasowany i pokryty przy operacyi starannie częściami miękkiemi.

Eden (Jena): **Tendolysis i neurolysis przy pomocy plastyki tłuszczowej.** W klinice Lexera z pomyślnym skutkiem osłonięto uwolnione z blizn nerwy tkanką tłuszczową.

Schmieden (Berlin): **Zastępowanie ubytków żuchwy.** W dwóch przypadkach udało się znakomicie wszczepić w ubytek żuchwy kawałek kości. Operować należy bez naruszenia ścian jamy ustnej, kawałek wszczepianej kości dobrze dopasować i przez czas gojenia się utrzymywać go w odpowiedniem położeniu zapomocą protezy.

Hayward (z kliniki Biera) donosi o 4 przypadkach **uzupełnienia sutka tkanką tłuszczową.**

Ach (Monachium): **Przeszczepianie powięzi dla umocowania odbytnicy i nerki.** A. umocowuje nerkę, jak również wypadniętą odbytnicę i pochwę do sąsiednich kości lub powięzi z pomocą pasów powięzi, wziętych z uda.

Eiselsberg (Wiedeń): **Chirurgia mózgu.** Po przedstawieniu statystyki operowanych przez siebie przypadków (69 rozpoznanych jako guz mózgu), podaje E. różne uwagi praktyczne. Jako przygotowanie do operacyi stosuje E. podawanie mleczanu wapnia dla wpływania na krzepnięcie krwi i urotropinę jako środek odkażający. Plastykę opony twardej robi E. często z powięzi szerokiej. Operować trzeba ostrożnie, ew. kilkuczasowo, opatrunki zmieniać nie zbyt rzadko. Krwotok tamować należy zawsze bardzo skrupulatnie.

Ranzi (Wiedeń): **Chirurgia rdzenia.** Statystyka przypadków operowanych w klinice Eiselsberga. Główne wskazania: nowotwory kręgów (złe rokowanie), opon, rdzenia, złamania kręgów, stany kurczowe, atetoza, operacya Foerstera przy wiądzie i t. p. Poprawa następuje po operacyach zwykle bardzo wolno. Worek oponowy otwierać należy ostrożnie i najpierw zrobić mały otwór, by zapobiedz nagłemu spadkowi ciśnienia; do tego celu służy też położenie z miednicą uniesioną do góry. Operacye rdzenia dają lepsze wyniki, niż operacye mózgu. (C. d. n.).

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski.

(Dokończenie).

Szczepienia ospy dziatwie szkolnej w murach szkół niepodobna ująć w cyfry dla braku danych, wiadomo tylko, że odezwy naszego Towarzystwa, do kierowników i kierowniczek szkół rozesłane, nie pozostały bez wpływu, tu i owdzie bowiem zarządzono gromadne szczepienia, a od nowowstępujących żądano już nie świadectw szczepienia wogóle, lecz świadectw rewakcynacyi.

Przepisu Komisyi gubernialnej do spraw fabrycznych co do obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej każdemu przyjętemu robotnikowi, względnie każdej robotnicy, przyjętej do pracy w fabryce, nie przestrzegano tak ściśle, jakby tego wymagało zarówno owo prawo, jak dobrze zrozumiany interes społeczny. Wyjątkowo tylko szczepiono ponownie w roku ubiegłym w niektórych fabrykach wszystkich robotników w czambuł, otrzymując przeszło 50% wyników dodatnich, i to w fabryce, gdzie od lat kilkunastu szczepią ospę wszystkim przyjętym do pracy. Uczyniono to np. na moje przedstawienie w Zakładach fabrycznych Tow. Akc. Manufaktury bawełnianej widzewskiej, dawniej Heinzel i Kunitzer, gdzie zaszczepiono ospę ochronną w roku zeszłym wszystkim pracującym obojga płci w liczbie trzech z górą tysięcy i 1000 przeszło dzieci i członków rodzin robotniczych. Oddziałało to znakomicie na doszczętne wygaszenie ospy wśród samych pracujących i ich rodzin; po ukończeniu szczepień nie mieliśmy już przypadków zachorowań na ospę naturalną, choć zdarzały się one wśród ludności, bezpośrednio sąsiadującej z pracownikami fabryki widzewskiej, lecz zajętej w innych zakładach przemysłowych.

O zaszczepieniu ospy 450 dzieciom, wyjeżdżającym na kolonie letnie żydowskie, już wspomniałem.

Dla ścisłości dodać należy, że w gminie Chojny, która bezpośrednio przylega do Łodzi i na której obszarze mieszka pewna część ludności Łodzi, zaszczepiono ospę ochronną 165 osobom, w gminie zaś Radogoszczu, do której należy ściśle z Łodzią związane przedmieście Bałuty, zaszczepiono ospę 2285 (?) dzieciom.

Pewną ilość, zresztą niewielką, szczepień wykonali też lekarze.

Szczepili wreszcie ospę felczerzy, szczepiły ją akuszerki, ile jednak zostało przez nich i przez nie zaszczepione, pewnie sami i same nie wiedzą, gdyż w większości przypadków nie prowadzą kontroli szczepień, tak przynajmniej poinformował mnie starszy tutejszego cechu felczerskiego w odpowiedzi na listowne zapytanie w tej sprawie.

Ogółem więc w roku 1912 w półmilionowej Łodzi oraz na przedmieściach pod wpływem alarmu prasy, nawoływań duchowieństwa, odezw i nacisku ze strony lekarzy — na wszystkie te czynniki pozostał głuchym magistrat łódzki — dokonano nieco ponad 20 tysięcy szczepień ochronnych (mnie udało się ich naliczyć 20444), z czego pewna część przypada na rewakcynacye, gdy samych dzieci urodzonych w roku 1911 było 31113 w Łodzi bez przedmieść. Jest to coroczna średnia cyfra.

Gdy do niemowląt doliczymy starszą, a nieszczepioną wcale dziatwę, gdy doliczymy dzieci, któreby należało rewakcynować, gdy weźmiemy pod uwagę na zasadzie wyników szczepienia w fabryce w Widzewie, że conajmniej połowa dorosłych mieszkańców Łodzi nie jest uodporniona i że należałoby ją również poddać szczepieniu ochronnemu, to dojdziemy do przekonanie, że spieszne urządzenie kilku stałych miejsc bezpłatnego szczepienia ospy kosztem miasta jest naglącą koniecznością. Stacye takie istnieją we wszystkich większych miastach państwa, istnieją również w Warszawie w liczbie kilkunastu, czy więcej.

Gdyby potrzeba było powoływać się na wzory, to przykład Warszawy i wyniki tam osiągnięte dzięki zabiegom kol. J. Polaka, powinnyby przekonać każdego.

W Warszawie mianowicie lekarz higienista m. Warszawy, Dr Polak, potrafił znaleść posłuch u władz i uzasadnić wobec nich konieczność rozsyłania do rodziców zawiadomień od magistratu o potrzebie i konieczności poddania dzieci szczepieniu ospy ochronnej. W ciągu drugiego półrocza 1912 wezwań takich, opartych na niezniesionem dotąd prawie z dnia 4 września 1811, rozesłano 124385. Z tej liczby nie miało szczepionej ospy 14741 dzieci, do lat zaś 7 miało szczepioną zaledwie 23368. Stwierdzono nadto, jak pisze Kuryer Warszawski z d. 3 II. 1913, skąd dane te czerpię, kilka przypadków zapadnięcia na ospę i śmierci dzieci, których rodzice otrzymali wezwanie do poddania szczepieniu swego potomstwa, ale wezwania nie spełnili. Pod wpływem tych wezwań liczba szczepień ochronnych z 16340 w r. 1911, podniosła się do 19848 w r. 1912.

Stwierdzono też, że ospa w Warszawie pod wpływem szczepień zaczęła słabnąć i że w drugiem półroczu roku ubiegłego spostrzegano bardzo nieznaczną ilość przypadków tej choroby.

Należy dodać, że w Warszawie oprócz kilkunastu miejskich stacyi szczepienia ospy ochronnej istnieje Instytut miejski otrzymywania krowianki pod kierunkiem Dra J. Polaka, oraz kilka takich instytutów prywatnych, wyrabiających materyał szczepienny bez zarzutu. W instytutach odbywa się również szczepienie ospy ochronnej. Szczepią ospę również w Instytucie bar. Lenvala.

Niczem podobnem Łódź poszczycić się nie może.

Szczepienia ochronne wypełnić mogą właściwie tylko część, najbardziej zresztą zasadniczą, zwalczania ospy. Przedstawić usiłowałem, jak niewystarczająco zadanie to wykonane zostało na terenie łódzkim w roku 1912, który zresztą mógłby być wzorem dla lat ubiegłych.

Drugi czynnik walki, odosobnienie (izolacya) chorych, nie działał w całej rozciągłości, nie objął wszystkich przypadków zapadnięcia na tę straszną chorobę, jakkolwiek odosobnienie powinno być rzeczą obowiązkową wobec absolutnej niemożliwości przeprowadzenia izolacyi w mieszkaniu jednoizbowem, skąd, jakeśmy widzieli, rekrutowali się wszyscy bodaj chorzy na ospę w r. 1912 w Łodzi.

Księgi urzędników stanu cywilnego zapisały w Łodzi w r. 1912 wskutek ospy 22 zgony wśród dorosłych oraz 565 zgonów wśród dzieci i młodzieży do lat 14. Ponieważ procent śmiertelności obliczony na podstawie tablicy, łaskawie nam użyczonej przez lekarza naczelnego szpitala dla chorych zakaźnych, Dra Trenknera, wynosi dla dorosłych mężczyzn i kobiet w przecięciu 12·06, a dla dzieci 23·68, to obliczona według tej skali ilość zachorowań w całej Łodzi wyniesie dla dorosłych 178, dla dzieci 1431, ogółem zaś 1609, z czego w Szpitalu dla zakaźnych leczyło się niespełna 11% (10·88), reszta zaś wpływała na dalsze zakażenie Łodzi. Z dołączonej tablicy (ob. stronę następną) widzimy, jaka była w roku ubiegłym śmiertelność ogólna i ospowa w poszczególnych miesiącach.

Dalszy czynnik walki — odkażanie — również nie uczynił zadość potrzebom chwili.

Z ogółu mieszkań, w których byli chorzy na ospę, a mieszkań takich było, jak ustaliły powyższe obliczenia, z górą półtora tysiąca, Izba odkażająca miejska odkaziła zaledwie 109, jak to widzimy z wykazu czynności Izby odkażającej łódzkiej, który mi łaskawie nadesłał kol. Bogusławski, kierownik pracowni miejskiej i Izby odkażającej. Dwadzieścia trzy mieszkania odkaziła nadto po ospie służba zdrowia widzewskiej Manufaktury bawełnianej. W sumie daje to 132 odkażania po ospie w mieszkaniach prywatnych, gdy samych zgonów naliczyliśmy na terytoryum Łodzi 587.

Izby odkażającej o brak energii winić w tym wypadku niepodobna. Spieszy ona zawsze na wezwanie do każdego przypadku, a jak mi mówił kol. Trenkner, czyni to niemal automatycznie w tych przypadkach, gdy chorego zabierają do szpitala dla zakaźnych.

Zmarło w roku 1912						
	Ogółem	Na ospę	Dorosłych		Dzieci	
			ogółem	na ospę	ogółem	na ospę
Styczen	970	113	395	5	575	108
Luty	847	86	365	1	482	85
Marzec	817	48	358	5	459	43
Kwiecień	782	35	370	2	412	32
Maj	846	43	389	3	457	40
Czerwiec	1039	35	324	0	715	35
Lipiec	1692	39	360	0	1332	39
Sierpień	1923	38	479	0	1444	38
Wrzesień	1183	33	395	1	798	32
Październik	949	42	358	0	591	42
Listopad	777	33	350	1	427	32
Grudzień	828	37	349	1	479	36

Tutaj napotykamy szkopuł najważniejszy: w jaki sposób i dokąd przenosić rodziny chorych na czas odkażenia ich mieszkania, gdy Łódź, będąca istnem ogniskiem wszelkich chorób zakaźnych, nie posiada dotąd mieszkań izolacyjnych, choć o nich mówiono i pisano niemało i choć potrzeba ich wzrasta, a nie maleje. Miasto, o budżecie przeszło $1^1/_2$-milionowym, mające 683.391 rb. różnego rodzaju kapitałów zapasowych, nie może znaleść środków na zbudowanie domu izolacyjnego, niema ich na wynajęcie odpowiedniego budynku i pozostawia sprawę całą własnemu biegowi, licząc widocznie na to, że z czasem Łodzianie przystosują się do ospy i przestaną na nią zapadać. W stosach projektów, pogrzebanych w głębiach szuflad magistrackich, spoczywa pewnie i ów nieszczęsny projekt domów izolacyjnych obok wielu innych, że wymienimy tylko budowę ogólnego szpitala miejskiego, szpitala dla chorych zakaźnych, wodociągów, kanalizacyi i t. p.

Jak widzimy, w ciągu roku ubiegłego nic się u nas na lepsze nie zmieniło. Po staremu stoimy na poziomie jakiegoś zapadłego osiedliska narodu syberyjskiego, gdzie zaraza ospowa zabija całą ludność, widzącą jedyny ratunek w ucieczce na inne miejsce, bo o jakichś środkach walki z »czarną babulą« nikt nie śmie marzyć.

Na zachód od nas jest inaczej. Tam w 60-milionowej Rzeszy niemieckiej w ciągu dziesięciolecia naliczono 380 zgonów ospowych, z czego pokaźna liczba przypada na obcych poddanych, przeważnie przybyszów z zagranicy wschodniej — z Królestwa polskiego lub Cesarstwa rosyjskiego. Wśród 235 osób, jak czytamy w pracy Dr Władysława Huberta, docenta uniwersytetu petersburskiego, skąd dane te czerpiemy, które w r. 1910 zapadły w Niemczech na ospę, było 104 obcokrajowców. Wśród 434 chorych w roku 1908 naliczono 153 obcokrajowców, z nich 133 poddanych rosyjskich. Wśród 27 zmarłych w r. 1908 na ospę było 24 poddanych rosyjskich, 1 Holender, 2 Brazylijczyków. W guberniach natomiast wewnętrznych Cesarstwa rosyjskiego. mających 85,273.651 ludności w r. 1910 zachorowało na ospę 111.163 osoby, w całem zaś państwie 146.016, a umarło 51.874 osoby. W r. 1911 umarło na ospę 32.127, a w ciągu roku 1912 umarło 54.500 osób. Ludność państwa wynosiła wtedy 140.508.000, ta jednak kolosalna ilość zmarłych na ospę nie dotyczy całego państwa, lecz 64.380.000(Dr Hubert).

Jedynem rozwiązaniem sprawy ospowej zarówno w całem państwie rosyjskiem, jak w Królestwie polskiem, byłoby wprowadzenie przymusowego szczepienia ospy oraz rewakcynacyi na wzór Niemiec. U nas, w Królestwie, reforma ta nie napotkałaby żadnych trudności, ludność bowiem w przeważnej swej części rozumie potrzebę i wartość szczepienia, a nie jej wina, że szczepienie jest tak niedostępne.

Projekt odnośnego prawa co do przymusowego szczepienia ospy i rewakcynacyi w Rosyi europejskiej i Królestwie polskiem został wniesiony do Dumy 28 marca 1908 przez 32 posłów. Według projektu koszta szczepienia miały obciążyć skarb państwa. Projekt ten ministeryum spraw wewnętrznych całkowicie przerobiło, z projektu zostało tylko tyle, że szczepienie ma być przymusowe jedynie w miastach uniwersyteckich państwa. Wobec tego, jak mówi znawca tej sprawy, Dr Hubert, należy uczynić krok jakiś ku uprzystępnieniu szczepienia szerokim masom ludności, a tym jest szczepienie po domach. Nie zastąpi ono przymusowego szczepienia, sprawę jednak stawia na gruncie właściwym i, zdaniem lekarzy angielskich i szkockich, daje bardzo dobre wyniki. Gromadne szczepienia po domach stosowano z wynikiem dodatnim w Moskwie, stosowane są one i w Warszawie; warunek konieczny, by robiono je stale, inaczej po paru (3—5) latach cały wysiłek idzie na marne.

Jeszcze na jedną okoliczność chciałem zwrócić uwagę.

W projekcie walki z ospą, wniesionym do Dumy przez głównego Inspektora lekarskiego i dotąd nie rozpatrywanym, podkreślony został fakt, że znaczna bądź co bądź ilość szczepień ochronnych, wykonywanych w całem państwie, nie daje takich dodatnich wyników, jakich należałoby oczekiwać, wskutek tego, że wyniki szczepienia rzadko bywają sprawdzane, a rewakcynowanie odbywa się wogóle bardzo rzadko, wiadomo zaś, że tylko ponawianie szczepień zabezpiecza przed ospą.

U nas w Łodzi rewakcynowanie, a nawet pojęcie o jego potrzebie, jest dla ludności rzeczą nieznaną, a jak konieczną, świadczą wyniki szczepień w fabryce w Widzewie.

Wogóle biorąc, ilość szczepionych w Łodzi, bądź po raz pierwszy, bądź powtórnie, jest tak mała, że na przebieg epidemii ospy niemal żadnego wpływu nie wywiera, gdy tymczasem wszystko zależy od napięcia szczepienia ospy, t. j. od ilości dodatnich wyników szczepienia. »Jeśli ten czynnik jest nieznaczny, jeśli liczba osób, którym ospa się przyjęła, wynosi w danej miejscowości mniej niż 60% ogółu ludności, jeśli materyału palnego w postaci skłonnych do zarażenia się ospą nagromadzi się dużo, to wybuch epidemii ospy jest nieunikniony. I odwrotnie. Z chwilą, gdy napięcie szczepienia w ciągu najkrótszego choćby okresu czasu (3—4 tygodnie) przekroczy chociaż o 3—5% owe 60% ogółu ludności, to epidemia ospy wygasa, jak za dotknięciem różdżki czarnoksięskiej«. Na poparcie swego poglądu przytacza autor, Dr Hubert, spostrzeżenia swoje z epidemii ospy w r. 1900 w Petersburgu. Gdy w ciągu miesiąca zaszczepiono tam 200 tysięcy osób po większej części z pośród ludności pracującej, epidemia szybko ustała. W następnym miesiącu zaszczepiono jeszcze 100 tysięcy. Te dodatkowe 300 tysięcy szczepień stłumiły na lat kilka ospę w Petersburgu.

I u nas w Łodzi jedynym sposobem wytrzebienia ospy byłoby dokonanie $^1/_4$ miliona szczepień ochronnych bądź w postaci szczepienia po raz pierwszy, bądź jako rewakcynacye i utrzymanie owej ilości na pewnym stałym poziomie. Inaczej będziemy mieli wciąż do czynienia z ospą o mniejszem lub większem napięciu, lecz stale, co chyba najciemniejszy człowiek za niepożądane uznać musi.

Chciałbym jeszcze dodać parę uwag co do polepszenia istniejącego stanu rzeczy, który wcale nie odpowiada temu, co w sprawie zwalczania ospy powinno być zrobione w $^1/_2$-milio-

nowem mieście, leżącem w kraju, który jeden z pierwszych wprowadził u siebie szczepienie ochronne

Proponowałbym, aby wszystkie uchwały naszego Towarzystwa, w sprawie walki z ospą powzięte w roku zeszłym, utrzymały swą moc i nadal.

Gdyby Towarzystwo zgodziło się na mą propozycyę, to należałoby imieniem naszego Towarzystwa przypomnieć wszystkim kierownikom szkół o potrzebie wymagania od młodzieży obojga płci, wstępującej do szkół wszelkiego typu, świadectw rewakcynacyi, zamiast dawniejszych świadectw szczepienia wogóle; inspektorom fabrycznym należałoby przypomnieć o istnieniu przepisu co do szczepienia ospy nowoprzyjętym do pracy w fabrykach i o szczepieniu zbiorowem wszystkich robotników i robotnic w razie wybuchu epidemii ospy; należałoby dalej nawoływać zapomocą prasy i ambony rodziców, by niemowlętom swym szczepili ospę, a dzieci starsze nad lat siedem poddawali rewakcynacyi; do duchowieństwa i prasy Towarzystwo nasze roześle odpowiednie odezwy, w których prosić będzie o nawoływanie z ambony i w druku do szczepienia ospy sobie i swoim. Najważniejszy wreszcie krok będzie polegać na przekonaniu Zarządu miejskiego łódzkiego o konieczności staranniejszej i dbalszej opieki nad zdrowiem ludzkiem, choćby nawet ta opieka i dbałość miała zmusić kasę miejską do pewnych wydatków, gdyż kasa owa ma pieniądze na wszelkie wydatki, brak jej ich tylko na wydatki ze zdrowiem ludzkiem związane. Powinniśmy przekonać Zarząd miejski o konieczności podjęcia walki z ospą drogą gromadnych szczepień ochronnych, ku czemu należy otworzyć w różnych punktach miasta stacye bezpłatnego szczepienia ospy, by przyspieszył odkładaną z roku na rok budowę szpitala dla chorych zakaźnych, by nareszcie zajął się budową domów izolacyjnych, o których potrzebie każdy higienista, każdy lekarz jest głęboko przekonany. Dowodem zarówno zdanie kierownika laboratoryum miejskiego w Łodzi, kol. Bogusławskiego, w naszem Towarzystwie lekarskiem wypowiedziane, jak kol. Puławskiego w jego obszernej pracy »Walka z chorobami zakaźnemi«, wygłoszonej na Zjeździe lekarzy i higienistów w Lublinie w r. 1908 [1]). Gdy dodamy, a raczej gdy zaczniemy od obowiązku zawiadamiania o każdym przypadku ospy, gdy skończymy na przywróceniu obowiązku regestracyi przyczyn zgonów, będziemy mieli wszystko, co trzeba uczynić.

Program walki z ospą w Łodzi, wzorowany na Warszawie, mógłby, a raczej powinienby być następujący: Przy akcie chrztu, czy innym odpowiednim, rodzice niemowlęcia podpisują deklaracyę, że w ciągu pewnego czasu poddadzą swe niemowlę szczepieniu ochronnemu. W każdym domu, gdzie zdarzy się przypadek ospy — wszyscy mieszkańcy podlegają szczepieniu, chory zaś od sobnieniu, bądź w mieszkaniu, gdy ilość pokojów na to pozwala, bądź w szpitalu; mieszkanie i rzeczy chorego podlegają bezpłatnie przymusowemu odkażaniu, przez czas odkażania rodzina zostaje umieszczona w domu izolacyjnym miejskim, gdzie w ciągu swego tam pobytu otrzymuje pożywienie na koszt miejski.

Dla wykonania mych żądań w sprawie walki z ospą, które, jak sądzę, są również żądaniem tu obecnych kolegów, proponowałbym wybranie komisyi, któraby na zasadzie zebranego materyału przedstawiła władzom gubernialnym nasze postulaty i uzasadniła je wobec tej władzy. Żądania nasze streszczają się w kilku wyrazach: szczepienia ochronne gromadne, zawiadamianie o chorobie, odosobnienie chorych w szpitalu, a rodziny chorego w domach izolacyjnych, odkażenie bezpłatne mieszkania chorego, szczepienie mieszkańców domu, gdzie była ospa, regestracya przyczyn zgonu.

W celu wyzyskania dla dobra szerokich mas wszelkich dróg i środków, proponowałbym również, by Towarzystwo nasze opracowało odpowiedni referat o stanie walki z ospą w Łodzi i przesłało go do Dumy państwowej na ręce którego z posłów-lekarzy.

[1]) Patrz »Zdrowie« zeszyt 10—11 z r. 1908.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Delegacya stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich ogłasza, co następuje:

»Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w r. 1911 w Krakowie zapadła uchwała, że Zjazdy odbywać się mają co cztery lata, zamiast jak dotąd co trzy. Wobec tego termin XII Zjazdu przypada na rok **1915**. Prace organizacyjne Wydziału gospodarczego we Lwowie pod przewodnictwem prof. Dr Jurasza rozpoczną się w jesieni b. r.

Prof. Dr A. Gluziński,
prezes Delegacyi.

Prof. Dr St. Ciechanowski,
wiceprezes.

Dr T. Janiszewski,
sekretarz Delegacyi.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 21. V. b. r. posiedzenie, na którem Doc. Radliński wygłosił wykład: »Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego«, a Dr Surzycki wykład: »O oksaluryi«. W dyskusyi przemawiali Doc. Seńkowski, Dr Weissglas i Surzycki.

— Po wypracowaniu szczegółowych planów i kosztorysów Zakładów sanitarnych miejskich (pawilonów izolacyjnych, zakładu odkażania i stacyi bakteryologicznej) obliczono koszt budowy na 1,250.000 kor. Rada miejska dawniej już uchwaliła na budowę przeznaczyć milion koron; nie wątpimy, że przez uchwalenie reszty wydatku przyspieszy Rada budowę tych niezbędnych zakładów, która powinna jaknajrychlej się rozpocząć.

— »Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych« (1913, część VII) ogłasza dwa rozporządzenia Namiestnictwa z 10. IV. 1913. L. VII. a. 689, zmieniające na zasadzie reskryptu ministerstwa spraw wewn. liczbę członków Izby lekarskiej w Krakowie i podział jej członków na grupy wyborcze. Mianowicie Izba ma się odtąd składać z 15 członków, z których 6 i tyluż zastępców wybierają lekarze krakowscy, a 9 i tyluż zastępców lekarze z następujących grup wyborczych (powiatów): 1) Biała, Chrzanów, Oświęcim, Żywiec. 2) Kraków powiat, Podgórze, Wieliczka, Wadowice. 3) Limanowa, Myślenice, Nowy Targ. 4) Bochnia, Brzesko, Nowy Sącz. 5) Gorlice, Grybów, Jasło, Krosno, Pilzno. 6) Dąbrowa, Mielec, Ropczyce, Tarnów. 7) Kolbuszowa, Rzeszów, Strzyżów, Tarnobrzeg. 8) Łańcut, Nisko, Jarosław, Przeworsk. 9) Brzozów, Dobromil, Lisko, Sanok.

— Prof. Dr Adam Wrzosek w Krakowie otrzymał nagrodę Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego im. Chałubińskiego za monografię o Ludwiku Bierkowskim.

— Prof. Dr Henryk Halban ze Lwowa mianowany został na lat 5 członkiem fachowym urzędu patentowego w Wiedniu.

— Dr J. Starzewski, dyrektor szpitala krajowego we Lwowie, otrzymał za zasługi w Towarzystwie austryackiego Czerwonego krzyża order Żelaznej korony III klasy.

Warszawa. W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy został wybrany prezesem Dr A. Przyborowski, wiceprezesem Dr W. Szumlański, skarbnikiem Dr L. Guranowski, gospodarzem Dr Reutt.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie przystępuje do budowy własnego domu.

— W szpitalu św. Łazarza otwarto nowy oddział ginekologiczny pod kierunkiem Dr J. Slaskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 12. V. do 19. V. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 1 † —, róży — Dr Trenkner.

Zmarli: internista prof. Koranyi w Peszcie, Dr Antoni Odyniec w 38 r. ż. w Sobotnikach w pow. oszmiańskim z duru osutkowego.

Redaktor odpowiedzialny

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1)Demonstracye. 2) Dr Kostrzewski: Stosunek fermentów we krwi do przemiany materyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa stanowi pewny środek przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg. Wypróbowano ją klinicznie. Zapobiega zarazem przeziębieniom. Ll. W.